

# Sykepleiere som utsettes for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen

*Hvilke forhold har betydning for deres  
håndtering av hendelsen?*

Rikke Gulbrandsøy



Masteroppgave  
Master i psykososialt arbeid  
Selvmord, rus, vold og traumer  
Studieretning vold og traumatisk stress  
Institutt for klinisk medisin  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

02.05.2014



# Sykepleiere som utsettes for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen

Hvilke forhold har betydning for deres håndtering av hendelsen?

Rikke Gulbrandsøy

Master i vold og traumatisk stress - Studieretning vold og traumatisk stress

Institutt for klinisk medisin

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

02.05.2014

*Jeg er der når smertene river*

*Jeg er der når du ikke har tro*

*Jeg gleder meg med deg når livet starter*

*Når livet slutter gir jeg deg ro*

*Jeg tåler livet, jeg møter døden*

*I møte med deg får omsorgen gro*

*Broen til målet bygger vi sammen*

*Men den ble utrygg da du meg slo*

© Rikke Gulbrandsøy

2014

Sykepleiere som utsettes for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen – Hvilke forhold har betydning for deres håndtering av hendelsen?

Rikke Gulbrandsøy

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Denne oppgaven handler om sykepleiere som har vært utsatt for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen. Hvilke forhold har betydning for deres håndtering av hendelsen? Gjennom fenomenologisk tilnærming med kvalitative intervju av ti sykepleiere fra ulike sektorer av helsevesenet, gis et innblikk i deres egne beskrivelser av hva de opplever at har betydning for deres håndtering av hendelsen. Lazarus og Folkmanns teorier om stress, vurdering og mestring benyttes for å belyse hvordan håndtering av en hendelse preges av hvorvidt vi vurderer en situasjon som stressende og hvordan vi vurderer våre muligheter for mestring. Benner og Wrubel overfører Lazarus og Folkmanns teorier til sykepleien og er nyttig i forståelsen av mestring av sykdom og mestring av sykepleierrollen. Benner er også kjent for sin teori om erfaringsutvikling hos sykepleieren fra novise til ekspert. Dette teoretiske bakteppet vil sammen med tidligere forskning danne rammen for diskusjon av funnene som fremkommer i intervjuene.

Flere sykepleiere trekker frem voldsutøverens egenskaper som av særlig stor betydning for vurderingen og håndteringen av hendelsen. Muligheten for å få reetablert rolleidentiteten og hvilken mening man legger hendelsen, ser ut til å ha stor betydning for håndteringen av tiden *etter* hendelsen. Samtidig gir sykepleierne nye perspektiver på betydningen av opplæring og erfaring, oppfølging og relasjoner.

Det har vært relativt lite fokus på vold i arbeidslivet sammenliknet med andre voldsformer, som for eksempel vold i nære relasjoner. Dette til tross for at det anslås at en tredel av all vold i Norge skjer på arbeidsplassen (Hagen, 2010). Det har den senere tiden vært økt fokus på vold i helsevesenet gjennom innslag i media. Fremdeles er det mange arbeidsplasser som mangler rutiner for forebygging, opplæring og oppfølging av vold og trusler mot de ansatte. Denne oppgaven kan gi økt forståelse av hva som har betydning for hvordan sykepleiere håndterer hendelser med vold eller trusler på arbeidsplassen, og på denne måten bidra i arbeid med forebygging, håndtering og oppfølging av slike hendelser. Sykepleierne representerer ulike sektorer, ulike landsdeler og en stor variasjon i opplæring, erfaring og oppfølging. Oppgaven kan derfor ha nytteverdi for et bredt spenn av sykepleietjenesten.



# Forord

Denne oppgaven er avsluttende oppgave ved Erfaringsbasert master i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer, studieretning vold og traumatisk stress. Jeg har gjennom mitt arbeid som sykepleier blitt interessert i spørsmål knyttet til hva som har betydning for hvordan vi håndterer det store spekteret av utfordrende hendelser vi møter. På ulike måter i ulike sektorer av helsevesenet blir vi stilt overfor vår egen og andres styrke, sårbarhet og dødelighet. Vi skal tåle krisereaksjoner fra pasienter og pårørende, men vi blir også stilt overfor våre egne og kollegers krisereaksjoner. Jeg har blitt utfordret og forundret over egne og andres tilsynelatende svært ulike reaksjoner på å bli utsatt for vold eller trusler om vold. Det har gjort meg interessert i å finne ut mer om hva som har betydning for hvordan vi håndterer å bli utsatt for vold og trusler om vold på arbeidsplassen. Jeg håper denne oppgaven kan være nyttig for sykepleiere i ulike sektorer av helsevesenet. Jeg håper også at den kan bidra til å sette fokus på forebygging, håndtering og oppfølging av ansatte som utsettes for vold og trusler i helsesektoren, også utenfor enheter med kjent høy voldsforekomst.

Takk til de ti sykepleierne som har stilt opp og delt av deres personlige opplevelser og erfaringer. Jeg har stor beundring for deres refleksjoner rundt opplevelsen av egen håndtering og rollen som sykepleier. Dere har gjort denne oppgaven!

Tusen takk til min hovedveileder Gertrud Sofie Hafstad og biveileder Lars Weisæth. Gertrud, du har en oversikt og tilstedeværelse i din veiledning som har vært uvurderlig for min motivasjon, skriveglede og tro på at jeg skulle nå målet. Lars, takk for gode innspill og for at du trodde på prosjektet mitt.

Takk til min gode kollega Liv for at du har delt av din tid og refleksjon som akademiker og sykepleier. Takk også til dere som har hjulpet meg med korrektur og gode innspill i innspurten.

Takk til mine gode ledere Karianne og Christer som har tilrettelagt for at jeg skulle gjennomføre studiet og denne studien. Jeg håper denne oppgaven gir tilbake.





# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon.....	1
1.1	Vold i arbeidslivet.....	1
1.2	Fokus på vold i helsesektoren .....	2
1.3	Sykepleierrollen.....	4
1.4	Konsekvenser av å bli utsatt for vold på arbeidsplassen .....	5
1.4.1	Konsekvenser for den voldsutsatte.....	5
1.4.2	Konsekvenser for arbeidsmiljøet og kvaliteten på sykepleien.....	6
1.4.3	Administrative og økonomiske konsekvenser .....	6
1.5	Forhold av betydning for håndtering av hendelsen .....	7
1.6	Mestringsteori .....	9
1.6.1	Fenomenologisk tilnærming til stress og mestring .....	10
1.6.2	Stress.....	10
1.6.3	Mestring.....	11
1.7	Forskningsspørsmål .....	12
2	Metode .....	13
2.1	Fenomenologisk tilnærming og kvalitativt forskningsintervju.....	13
2.2	Presisering av begrepsbruk.....	13
2.3	Utvalg.....	14
2.3.1	Inklusjonskriterier .....	14
2.3.2	Eksklusjonskriterier .....	14
2.3.3	Deltakerne.....	15
2.4	Datainnsamling.....	16
2.4.1	Rekruttering .....	16
2.4.2	Intervjuene .....	17

2.4.3	Intervjuguide .....	17
2.5	Analysemetode.....	18
2.6	Litteratursøk .....	19
2.7	Etiske hensyn .....	20
2.7.1	Godkjenning av prosjektet.....	20
2.7.2	Ivaretagelse av deltakerne .....	20
2.7.3	For forståelse og rolleavklaring .....	21
3	Resultater .....	22
3.1	Egenskaper ved voldsutøveren .....	23
3.2	Å være forberedt .....	27
3.3	Personlige egenskaper .....	29
3.4	Fysiske forhold og ramme faktorer.....	31
3.5	Reetablering av rolleidentitet.....	33
3.6	Mening i hendelsen.....	36
3.7	Betydningen av opplæring og erfaring, oppfølging og relasjoner .....	38
3.7.1	Opplæring og erfaring .....	39
3.7.2	Oppfølging .....	41
3.7.3	Relasjoner til kolleger.....	43
3.7.4	Relasjon til ledelsen .....	45
3.7.5	Private relasjoner.....	46
3.7.6	Relasjon til voldsutøveren .....	47
4	Diskusjon .....	50
4.1	Drøfting av funnene .....	50
4.1.1	Kontroll .....	51
4.1.2	Fra novise til ekspert – utviklingen av personlige egenskaper.....	53
4.1.3	Å finne mening .....	54

4.1.4	Formell og uformell støtte.....	57
4.2	Drøfting av metoden.....	59
4.2.1	Pålitelighet .....	59
4.2.2	Gyldighet.....	61
4.2.3	Overførbarhet .....	62
5	Konklusjon .....	64
	Litteraturliste .....	65
	Vedlegg .....	70

# 1 Introduksjon

Levekårsundersøkelser viser at stadig flere utsettes for vold og trusler om vold på arbeidsplassen (Arbeidstilsynet, 2009; Wilhelmsen, 2010). Helsesektoren er én av fem sektorer som trekkes frem som spesielt utsatte. To av ti sykepleiere oppga i 2009 at de hadde vært utsatt for vold eller trusler om vold de siste tolv månedene (NOA, 2009; Wilhelmsen, 2010). De utsatte kan oppleve alvorlige konsekvenser; både fysisk, psykisk og sosialt (NOA, 2009; Svalund, 2009; Wilhelmsen, 2010).

I litteraturen beskrives ulike forhold som har betydning for de som utsettes for vold og trusler i arbeidslivet. Noen av forholdene beskrives å ha betydning for hvordan personen handler praktisk, andre forhold har betydning for hva den voldsutsatte føler under og i etterkant av hendelsen. Ikke alle følelser eller handlinger har som funksjon å løse situasjonen, men har likevel betydning for hvordan den voldsutsatte opplever tiden etter hendelsen, samt opplevelsen av å stå i jobb etter hendelsen. Jeg har valgt å benytte begrepet «håndtering» for å favne om reaksjoner i form av praktisk handling og følelser med eller uten målrettet hensikt å redusere stress.

## 1.1 Vold i arbeidslivet

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer vold som «The intentional use of physical force or power threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation» (WHO, 2002). I arbeid med vold i arbeidslivet spesielt, er det behov for å benytte en mer avgrenset definisjon. Verdens Helseorganisasjon (WHO) støtter seg til Europakommisjonens definisjon av vold på arbeidsplassen: «Incidents where staff are abused, threatened or assaulted in circumstances related to their work, including commuting to and from work, involving an explicit or implicit challenge to their safety, well-being or health» (International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International, 2002). Definisjonen inkluderer både vold og trusler, på og i forbindelse med jobb. Vi skiller mellom horisontal (også kalt intern) vold og vertikal (også kalt ekstern) vold på arbeidsplassen (Bowie, 2011). Den horisontale volden skjer mellom kolleger, mens den

vertikale volden skjer mellom pasient eller pårørende og i dette tilfellet sykepleier. Inkludert i denne gruppa er vold fra sykepleier mot pasient. Denne oppgaven begrenser seg til å omhandle vold fra pasienter og pårørende mot sykepleiere.

Arbeidstilsynet definerer begrepene «vold» og «trusler» slik: «Med trussel menes verbalt angrep eller handling som tar sikte på å skremme eller skade en person. Med vold menes enhver fysisk eller psykisk skade på en person. Vold er også skadeverk på inventar og bygning» (Arbeidstilsynet, 2009). I denne oppgaven benyttes begrepet «trusler» i betydningen «trusler om vold».

En voldshandling vil ha én eller flere utøvere og én eller flere ofre eller mottakere. Ettersom «offer» er et begrep som har mange emosjonelle og kulturelle aspekter knyttet til seg, vil jeg benytte meg av begrepet «voldsutsatt» eller «utsatt» om personen som utsettes for vold og trusler.

Det anslås at en tredel av all vold i Norge skjer på arbeidsplassen (Hagen, 2010). Norge ligger noe lavere enn de fleste europeiske land. Omtrent fem prosent av norske arbeidere rapporterer at de har blitt utsatt for vold eller trusler det siste året (Svalund, 2009). WHO påpeker at vold mot ansatte er et spesielt stort problem i helsesektoren, og at de representerer omtrent 25 prosent av voldshendelsene i arbeidslivet totalt. Det rammer kvinner og menn i både industrialiserte land og utviklingsland (InternationalLabourOrganization et al., 2002).

## **1.2 Fokus på vold i helsesektoren**

Arbeidsmiljøloven og Internkontrollforskriften pålegger arbeidsgiver å kartlegge risikofaktorer og iverksette tiltak for å sikre arbeidstakerne en trygg arbeidsplass (Arbeidstilsynet, 2009; HelseOgOmsorgsdepartementet, 2003). Dette gjelder også når sykepleieren jobber i pasientens hjem (Arbeidstilsynet, 2009). For å bistå arbeidsgiver i arbeidet med å sikre arbeidstakerne mot vold og trusler, har blant annet internasjonale og nasjonale bransjeorganisasjoner, WHO og Arbeidstilsynet laget veiledere for risikovurdering, opplæring og håndtering av vold og trusler samt anbefalinger for oppfølging (Arbeidstilsynet, 2009; InternationalLabourOrganization et al., 2002; Norsk sykepleierforbund, 2009). Straffeloven betegner vold mot offentlig tjenestemann som skjerpande

(Beredskapsdepartementet, 2014), noe som tidligere dom fra Høyesterett viser at også gjelder vold mot helsepersonell (NorgesHøyesterett, 2011). Rapportering er viktig for å belyse problemet med vold og trusler om vold på arbeidsplassen, og på denne måten gi økt kunnskap i samfunnet og forbedring av forebyggende tiltak (Arbeidstilsynet, 2009). Likevel er det bare omtrent halvparten av hendelsene som blir rapportert, mindre enn hver fjerde hendelse blir meldt til politiet (Arbeidstilsynet, 2009; Breakwell, 1999; Norsk sykepleierforbund, 2009). Årsaken til underrapportering kan variere. Manglende administrative verktøy for rapportering, manglende kunnskap om hva som skal meldes og manglende fokus i organisasjonen kan medføre at det blir vanskelig å melde fra. Arbeidstakere kan også oppleve skyldfølelse for ikke å ha klart å forhindre hendelsen, eller lar være å melde fordi de anser det for å være en del av jobben (Arbeidstilsynet, 2009).

Fokus på vold og trusler har mange steder vært forbeholdt psykiatriske institusjoner eller enheter som har spesielt truende pasienter. Det er gjort lite forskning på vold i somatiske institusjoner. En av de få studiene med fokus på somatiske institusjoner er fra Tyskland. Den viser at 85 prosent av personalet hadde vært utsatt for vold. 59 prosent hadde opplevd verbal vold, mens 22 prosent hadde opplevd fysisk vold. Likevel er det få tiltak for å redusere risikofaktorer og bedre oppfølgingen av de som rammes (Hahn et al., 2008). En norsk studie gir omfattende beskrivelse av omfang og konsekvenser av vold og trusler i norske fengsler (Hammerlin & Rokkan, 2012). Her fremkommer det at det er den *totale opplevelsen* av å bli utsatt for vold eller trusler som er avgjørende for hvordan de ansatte håndterer hendelsen. De ansattes håndtering av hendelsen og tiden etter er blant annet avhengig av hvor og når hendelsen inntreffer, fra hvem og mot hvem handlingen er rettet, samt innhold og alvorlighet i hendelsen. Studien belyser nødvendigheten av å ta hensyn til den ansattes opplevelse av konteksten, samt betydningen av egne og andres ressurser. På grunn av konteksten og relasjonenes betydning, kan ikke funnene automatisk overføres til andre yrkesgrupper. Sykepleiere møter sine pasienter under andre forhold, med annen bakgrunn og andre roller enn fengselsansatte møter de innsatte. For å forstå hva sykepleiere opplever at har betydning for deres håndtering av vold og trusler, må fenomenet studeres i et sykepleierperspektiv. Det må også tas hensyn til at sykepleiere jobber under svært ulike forhold i de ulike sektorene.

I flere kilder trekkes forebygging i form av tilgjengelige retningslinjer for risikohåndtering av pasienter frem som av betydning for personalets muligheter for god håndtering av hendelser med vold eller trusler (Olsen, Bjørkdal, Hanssen, & Høyset, 2008; Privitera, 2011). Helseforetakene og de større sykehusene har generelle retningslinjer (OsloUniversitetssykehus, 2013b) og enheter med spesiell risiko for vold og trusler kan ha lokale retningslinjer (OsloUniversitetssykehus, 2011, 2012, 2013a). Likevel oppgir 40 prosent at det ikke har vært utført risikovurdering på arbeidsplasser der det har vært hendelser med vold eller trusler (Svalund, 2009). Dette kan tyde på at det på mange arbeidsplasser finnes retningslinjer, men at de ansatte ikke kjenner til dem, eller ikke benytter seg av dem. Noe av årsaken til manglende kjennskap til retningslinjer for vold og trusler kan ligge i manglende fokus på dette som fenomen gjennom utdanningen. Forebygging og håndtering av vold og trusler er ikke omtalt i Rammeplan for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008). Økt fokus på vold og trusler som fenomen reduserer antall hendelser. Rapporten «Rett hjem» (2002), som blant annet tar for seg vold og trusler mot ansatte i hjemmesykepleien, viser at antall soner med målrettet arbeid mot dette har økt samtidig som antall enheter der de opplever vold og trusler som et problem er redusert (Arbeidstilsynet, 2002). Ettersom vold og trusler rammer sykepleiere innenfor ulike deler av sykepleietjenesten, er det nødvendig å sette fokus på problematikken gjennom arbeid på tvers av sektorene i helsevesenet for å kunne oppnå liknende effekt også i andre deler av sykepleietjenesten.

### **1.3 Sykepleierrollen**

Sykepleiere er ofte institusjonens ansikt og den første som pasienten og pårørende møter. De skal møte pasienter og pårørende i krise (Kunnskapsdepartementet, 2008), en krise som kan oppleves som overveldende for de som er rammet (Benner & Wrubel, 1989). Sykepleiere skal utøve forsvarlig behandling og pleie og har ansvar for samordning av ulike faggrupper (Kunnskapsdepartementet, 2008). De opplever da også konsekvensene når deler av behandlingskjeden svikter (Benner & Wrubel, 1989). Sykepleien har en overvekt av kvinner og forbindes med mange feminine verdier som empati, omsorg og varme. Disse forventningene kan medføre økt sårbarhet for å bli utsatt for vold (Celik & Celik, 2008). Sykepleiere bærer ikke våpen på jobben. Mange mangler utstyr for alarmering ved truende

situasjoner. Deres sikkerhet ligger i stor grad i tilliten mellom pasienten og sykepleieren. Det er en relasjon som er bundet sammen av omsorg – der sykepleieren både gir og får omsorg (Benner & Wrubel, 1989). Denne relasjonen skal tåle skifte mellom sykepleieren som en hjelper og en som begrenser. I hjemmebasert omsorg skal den ytterligere utfordres når sykepleieren skal utøve sin rolle i pasientens hjem (Arbeidstilsynet, 2002; Waddington, 2008).

## **1.4 Konsekvenser av å bli utsatt for vold på arbeidsplassen**

### **1.4.1 Konsekvenser for den voldsutsatte**

Vi vet i dag mye om krisereaksjoner hos voldsrammede og mulig utvikling i ettertid. Disse reaksjonene er ikke enestående for vold og trusler, men omfatter alle krisepregede og traumatiske opplevelser (Ellingsen & Lungwitz, 2003; Skogstad et al., 2011). Å utsettes for vold eller trusler på arbeidsplassen kan gi plager av fysisk, psykisk og sosial karakter (Hammerlin & Rokkan, 2012; Svalund, 2009). De fysiske skadene kan variere fra småskader til hodeskader, tannskader og indre skader. I tillegg til de synlige skadene, kan de fysiske skadene innebære smerter og ubehag som kan medføre redusert psykisk helse for den voldsutsatte. Den som utsettes kan også oppleve psykiske reaksjoner som søvnløshet, angst og redsel, skam og opplevelse av å bli krenket, depresjon og konsentrasjonsvansker (Hammerlin & Rokkan, 2012; Svalund, 2009). Fafos rapport fra 2009 om vold i arbeidslivet tilsier at 21 prosent av arbeidstakere i offentlig sektor som har vært utsatt for vold eller trusler om vold, oppgir at de har fysiske plager. 14 prosent opplevde psykiske plager (Svalund, 2009). Isolasjon, tap av selvfølelse og vanskeligheter med å opprettholde sosiale reaksjoner er eksempler på sosiale konsekvenser av å bli utsatt for vold eller trusler om vold. Omtrent ti prosent av helsearbeidere utsatt for vold på arbeidsplassen oppfyller kriteriene for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Gates, Gillespie, Margaret, & Patricia, 2008; Privitera & Arnetz, 2011). De som opplever posttraumatiske reaksjoner etter vold og trusler er ofte mer plaget med ubehag i forbindelse med arbeidsoppgaver, sammenliknet med de som opplever reaksjoner etter sterkt følelsesladde inntrykk som det å være vitne til alvorlige skader eller død (Skogstad et al., 2011). Det kan videre medføre at den voldsutsatte havner utenfor arbeidslivet (Arbeidstilsynet, 2009). Mange sykepleiere vurderer å slutte i jobben etter å ha blitt utsatt for vold eller trusler (Arbeidstilsynet, 2002; Svalund, 2009). En vanlig



reaksjon på å bli utsatt for vold og trusler, spesielt blant helse- og omsorgsarbeidere, er å tilskrive seg selv en urimelig del av ansvaret (Hanssen, Stakseng, Stangelang, & Urheim, 1999). Sykepleieren kan lete etter mangler ved sin egen kompetanse og pålegger seg selv ansvar for hendelsen og for å håndtere den i etterkant. I tillegg kan underrapportering av slike hendelser styrke oppfatningen om at dette er et privat anliggende. Slike tanker kan øke hvis man utsettes for vold flere ganger (Hanssen et al., 1999).

#### **1.4.2 Konsekvenser for arbeidsmiljøet og kvaliteten på sykepleien**

Vold på arbeidsplassen kan medføre redusert effektivitet, utbrenthet, økt sykefravær (Svalund, 2009), stor turnover og dårlig rekruttering til arbeidsplassen og helsesektoren generelt (Kingma, 2008; Rampersaud, 2008; Tabone, Laing, & Privitera, 2011). Dette kan igjen gi dårligere helsetjenester for pasientene og deres pårørende (Tabone et al., 2011).

Å være vitne til vold kan også oppleves som belastende og føre til liknende symptomer som hos den som er direkte rammet (Norsk sykepleierforbund, 2009; Privitera & Arnetz, 2011). Å se en kollega bli utsatt for vold kan føre til en følelse av hjelpeløshet, tap av kontroll og forutsigbarhet på jobben (Weismann, 2011). Én enkelt hendelse kan derfor påvirke mange ansatte og deres evne til å utføre jobben på en god måte.

Ikke alle studier finner økt mistriivsel i arbeidsmiljø med høy voldsforekomst. I en studie blant personale som jobber på spesielt voldsutsatte boliger/enheter i Trondheim kommune, ble det beskrevet høy trivsel blant de ansatte. Studien fant at organisatoriske forhold som økonomisk frihet med påfølgende god bemanning og frihet i arbeidsoppgavene, sammen med kollegial støtte og fellesskapsfølelse var betydningsfullt for de ansatte (Ellingsen & Lungwitz, 2003).

#### **1.4.3 Administrative og økonomiske konsekvenser**

Dersom arbeidsplassen sliter med høyt sykefravær, redusert effektivitet, større turnover og dårlig rekruttering som følge av vold og trusler, vil dette ha følger for de økonomiske og administrative rammene i organisasjonen (Parrinello & Miller, 2011; Privitera & Arnetz, 2011; Tabone et al., 2011). Det er begrenset med forskning for å anslå omfanget av dette i

Norge, men det er med sikkerhet snakk om betydelige summer ettersom åtte prosent av arbeidstakerne i offentlig sektor har vært sykemeldte på grunn av vold eller trusler på arbeidsplassen (Svalund, 2009). WHO anslår at vold og trusler kan settes i sammenheng med så mye som 30 prosent av kostnader knyttet til sykefravær (International Labour Organization et al., 2002).

## **1.5 Forhold av betydning for håndtering av hendelsen**

Det er viktig å ta hensyn til egenskaper ved situasjonen, voldsutøveren og den voldsutsatte når vi skal se på forhold av betydning for hvordan sykepleieren håndterer å bli utsatt for vold eller trusler.

Ser vi på egenskaper ved sykepleieren, er det i hovedsak sykepleierens opplæring og erfaring som er beskrevet i tidligere forskning, både nasjonalt og internasjonalt. Helsearbeidere med høyskoleutdanning eller opp til fire års universitetsutdanning, blir oftere utsatt for vold enn de med fagutdanning eller uten formell utdanning. Samtidig trekkes også sykepleierstudenter frem som spesielt utsatte (Norsk sykepleierforbund, 2009). Dette sier noe om hvem som er utsatt for mest vold og trusler, men det sier lite om hvilken betydning dette har for deres håndtering av hendelsen. Internasjonal forskning tyder på at opplæring fører til at ansatte føler seg tryggere enn utrent personell (Currier & Santos, 2011; Privitera & Arnetz, 2011). Dette har betydning for forståelsen av sykepleieres håndtering av vold og trusler, men det er i liten grad beskrevet hva slags opplæring deltakerne har fått og om dette er del av sykepleierstudiet eller situasjonsbestemt opplæring på arbeidsplassen. På grunn av manglende kjennskap og mulighet til å sammenlikne hvilken opplæring som er gitt, er det vanskelig å konkludere med hvilken betydning opplæring og erfaring har for sykepleieres håndtering av vold eller trusler.

I Fafos rapport om vold i arbeidslivet trekkes det frem at mange ansatte opplever at voldsutøverens atferd og psykiske tilstand er årsak til at de utøver vold (Svalund, 2009), men rapporten sier lite om hvilken betydning dette har for hvordan de ansatte håndterer hendelsen. En engelsk studie hevder at voldsutøverens utseende og kriminelle fortid kan øke følelsen av sårbarhet og stress (Waddington, 2008). Studien inkluderer både politi og sosialarbeidere i tillegg til helsearbeidere. Det er derfor usikkert om dette er overførbart til

norske sykepleiere. En amerikansk studie hevder at dersom voldsutøveren vurderes som «syk» og «utilregnelig», kan dette medføre at sykepleieren ilegger seg selv ansvar og pålegges ansvaret for hendelsen fra sine kolleger og ledere (Bain & O'Brien, 2008). På grunn av de store forskjeller mellom amerikansk og norsk justis- og helsevesen, er det uvisst om dette er overførbart til norske forhold.

Dansk forskning har påpekt nødvendigheten av egnede lokaler for å redusere voldsforekomst. Dette gjelder både sikkerhetsinstallasjoner og utformingen av lokalene (Perlt & Meldgaard, 2008). I Fafos rapport er utformingen av lokalene omtalt som mindre betydningsfullt for de ansatte som har vært utsatt for vold eller trusler (Svalund, 2009). I hjemmebasert omsorg har sykepleieren mindre mulighet for tilrettelagte lokaler og arbeidsforhold enn sykepleiere som jobber på institusjon. I tillegg jobber sykepleieren ofte alene i pasientens hjem. Å være alene er en faktor som kan forsterke følelsen av sårbarhet, noe som kan gjøre at også mindre alvorlige hendelser kan oppleves svært stressende (Waddington, 2008). På grunn av nedleggelse av døgnplasser i psykiatriske institusjoner, er det stadig flere som får hjemmebasert omsorg (Svalund, 2009). Det medfører et behov for mer forskning på vold og trusler i hjemmesykepleien sett i lys av at de er spesielt utsatt for å møte pasientene alene i miljø som ikke er tilrettelagt for å håndtere vold og trusler. Det er også behov for studier på tvers av sykepleietjenesten for å se om forhold som miljø og ensomhet av betydning også for sykepleiere som jobber mye én-til-én med pasientene på institusjon som for eksempel på intensivavdelinger og poliklinikker.

Forskningen er ikke entydig i forhold til hvilken betydning alvorligheten og type vold og trusler har for den utsatte. En viktig risikofaktor for utvikling av PTSD, er alvoret av stressbelastningen (Weisæth et al., 2006). I arbeidsmiljø med stor fare for å bli utsatt for alvorlig fysisk skade og/eller invaliditet, kan dette medføre frykt og stress. Selv om det er kjent høy voldsforekomst på en arbeidsplass, kan det være vanskelig å forutse når og hvordan volden vil inntreffe. Uforutsigbarheten i overraskelsesmomentet kan gi opphav til betydelig stress (Miller, 2011). Andre studier påpeker at trusler gir mindre synlige skader enn fysisk vold, men kan på den annen side oppleves mer personlig og krenkende og medføre store psykiske belastninger. Belastningen øker ytterligere ved at graden av sosial støtte fra kolleger har vist seg å være dårligere etter trusler enn etter hendelser med fysisk vold (Gates et al., 2008). Det er også ulike syn på betydningen av hvem handlingen er rettet mot. Studier

fra norske arbeidere, tilsier at hendelser med vold eller trusler rettet mot den ansatte sin egen familie, oppleves spesielt stressende (Hammerlin & Rokkan, 2012; Svalund, 2009). Andre studier påpeker at det kan oppleves spesielt belastende dersom det fremlegges anklager av arbeids- eller strafferettslig karakter mot sykepleieren. Til tross for at anklager ofte blir henlagt, kan prosessen oppleves svært plagsom og kan i verste tilfelle ødelegge karrieren til den utsatte (Waddington, 2008). Tidligere forskning trekker frem til dels motstridende syn på betydningen av alvorlighet og type hendelse. Dette tilsier at det er behov for mer dyptgående forskning knyttet til sykepleieres opplevelse av belastningene knyttet til vold og trusler samt betydningen av innholdet i truslene og hvem de er rettet mot.

Det er bred enighet om at det er viktig å tilrettelegge for gode støtteordninger for de som opplever vanskelige hendelser på arbeidsplassen. Norge har vært tidlig ute med å utarbeide anbefalinger for intervensjon etter katastrofer og større ulykker (Weisæth et al., 2006) og rutiner for oppfølging i spesielt voldsutsatte sektorer (Hammerlin & Rokkan, 2012). Kollegastøtteordning (Eid & Johansen, 2006) og psykologisk debrief (Mitchell, 2009) er to metoder som benyttes i helsevesenet og blant nødetater. Det er uenighet i fagfeltet knyttet til rett metode for oppfølging, som kan gjøre det vanskelig å orientere seg frem til beste praksis (Bjørklund, 1997; Dyregrov, 1989; Eid & Johansen, 2006; Mitchell, 2009; Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2009).

## **1.6 Mestringsteori**

Jeg ønsker å se nærmere på sykepleieres håndtering av hendelser med vold og trusler. Hvordan vi vurderer en situasjon og våre muligheter for mestring, har betydning for hvordan vi håndterer hendelsen og tiden etterpå. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Lazarus og Folkmanns teorier om stress, vurdering og mestring. Mestringsteorien er relevant og anvendbar i forståelsen av sykepleieres håndtering av hendelsen når de utsettes for vold eller trusler om vold. Den er lett overførbart til arbeidslivet. I tillegg danner den grunnlag for Benner og Wrubels teori om stress og mestring i sykdom og blant sykepleiere. Benner er også kjent for sin teori om erfaringsutvikling hos sykepleieren fra novise til ekspert, noe som kan være relevant i forståelsen av opplæring, erfaring og personlige egenskaper hos sykepleieren.

### 1.6.1 Fenomenologisk tilnærming til stress og mestring

En fenomenologisk tilnærming vektlegger betydningen av personens egen opplevelse av et fenomen. Den felles fenomenologiske tilnærmingen til Lazarus og Folkman og Benner og Wrubel anser det som avgjørende at mestring aldri kan betraktes som ubegrensede muligheter, men derimot avhenger av personens opplevelse av ressurser hos seg selv og i omgivelsene. Opplevelsen av en voldshendelse er avhengig av personens vurdering av hvem og hva som befinner seg i og rundt situasjonen (Benner & Wrubel, 1989; Lazarus & Folkman, 1984). Benner beskriver begrepet «embodied intelligence», som betyr at vi lærer gjennom å være i situasjonen. Gjennom erfaring lærer sykepleieren å gjenkjenne situasjoner, fange opp faresignaler og handle intuitivt på bakgrunn av dette (Benner, 2001).

### 1.6.2 Stress

«Psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being» (Lazarus & Folkman, 1984). Jobbstress defineres ut fra relasjonen mellom den ansatte og arbeidsmiljøet (Lazarus & Folkman, 1984). Det betyr at en situasjon oppleves som stressende først når belastningene overstiger den ansattes evne og mulighet til mestring. Benner og Wrubel beskriver sykepleie som et stressende yrke med stadige krav til kunnskapsoppdatering, forsvarlighet og omsorg for pasienter og pårørende i krise (Benner & Wrubel, 1989). Omsorgsrollen innebærer at sykepleieren gir og får omsorg (Benner & Wrubel, 1989). Denne relasjonen kan gjøre både sykepleier og pasient sårbare. Sykepleierens rolle som koordinator av mange tjenester i kontakt med pasienten, gjør at de ofte står med stort ansvar, men lite kontroll (Benner & Wrubel, 1989). Lazarus og Folkman (1984) beskriver opplevelsen av kontroll over situasjonen og over oss selv som betydningsfullt for hvordan vi føler og mestrer.

Hvordan vi vurderer situasjonen er avgjørende for om vi opplever en situasjon som stressende (Lazarus & Folkman, 1984). Vurdering («appraisal») foregår i tre trinn: Primær vurdering, sekundær vurdering og revurdering. Primærvurderingen viser til vurderingen av om en situasjon er enten irrelevant, positiv og ufarlig eller stressende. Opplevelse av stress kan ha tre uttrykk: Tap/skade, trussel eller utfordring – der tap/skade viser til skade som

allerede er påført personen, trussel viser til forventet skade eller tap og utfordring viser til mulighet for utvikling og gevinst. Sekundær vurdering viser til vurdering av hvilke muligheter for mestring som finnes. Revurdering viser til en endret vurdering basert på ny informasjon. Blant de viktigste personlige faktorene som påvirker den kognitive vurderingen av situasjonen er personens engasjement og tro. Engasjement kan gjøre oss mer sårbare, men samtidig øker motivasjonen for å finne løsninger og opprettholde håpet.

### **1.6.3 Mestring**

«Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person» (Lazarus & Folkman, 1984). Definisjonen tar hensyn til at det er personens egen opplevelse som ligger til grunn for vurderingen av situasjonen, personens ressurser og muligheter. Lazarus og Folkman (1984) deler inn i emosjonsfokustert og problemfokustert mestring. Emosjonsfokustert mestring kan være bevisst eller ubevisst. Mestring kan også være et bevisst valg om ikke å gjøre noe (Benner & Wrubel, 1989). En mestringsstrategi vurderes ikke som effektiv eller positiv dersom ikke begge mestringsvariantene medfører ønsket utfall. Eksempel på ineffektiv mestring er der personen har en effektiv problemløsning, men til en høy følelsesmessig pris (Lazarus & Folkman, 1984). Det må også være en balanse mellom innsats for mestring og andre agenda i livet.

Lazarus og Folkman (1984) hevder at det å ha et positivt syn på seg selv er en svært viktig psykologisk ressurs for mestring. Involvert i denne tenkningen er egenskaper for problemløsning og troen på at man selv er i stand til å påvirke i retning av et positivt utfall. Vi er også avhengig av personer rundt oss som kan gi oss emosjonell støtte, informasjon og praktisk bistand (Lazarus & Folkman, 1984). Benner og Wrubel (1989) trekker frem betydningen av å kjenne sin rolle og kjenne pasienten.

Tilgjengelige mestringsstrategier øker etter hvert som sykepleieren blir mer erfaren. Teoretisk kunnskap er ikke gyldig før den blir omgjort til praktisk kunnskap. En «ekspertsykepleier» kan omgjøre teoretisk kunnskap til intuitiv handling (Benner, 2001).

Ikke alle erfaringer øker opplevelsen av mestring. Negative mestringsopplevelser kan påvirke våre vurderinger av tilgjengelige ressurser for mestring ved senere anledninger (Lazarus & Folkman, 1984). Hemmeligholdelse av vanskelige hendelser kan øke faren for å utvikle sykdom (Benner & Wrubel, 1989).

Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring er relevant og anvendbar i forståelsen av sykepleieres håndtering av hendelsen når de utsettes for vold eller trusler om vold. Benner og Wrubel gir oss i tillegg teoretisk grunnlag for å forstå sykepleierrollen med potensiale for utvikling og sårbarhet. Deres felles forståelse av stress og mestring tar hensyn til betydningen av individuelle forutsetninger for å vurdere en situasjon og egne ressurser, gjensidig påvirkning mellom individet og omgivelsene og betydningen av ferdigheter og tidligere erfaringer.

## **1.7 Forskningsspørsmål**

I introduksjonen har jeg presentert teorier om stress og mestring, samt empiri knyttet til forekomst og håndtering av vold og trusler om vold i arbeidslivet generelt og mot sykepleiere spesielt. Med dette ønsker jeg å danne et bakteppe for forståelsen av hva sykepleiere trekker frem som av betydning for deres håndtering av en hendelse med vold eller trusler. Følgende problemstilling vil bli undersøkt i denne oppgaven:

***«Sykepleiere som utsettes for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen***

***Hvilke forhold har betydning for deres håndtering av hendelsen?»***

Jeg ønsket å inkludere sykepleiere fra ulike sektorer i helsevesenet for å se om ulike arbeidsforhold har betydning for hvordan sykepleierne opplever å bli utsatt for vold eller trusler. Målet med oppgaven er å belyse forhold som kan være av betydning for sykepleiernes håndtering av vold og trusler om vold på arbeidsplassen. På den måten ønsker jeg å kunne bidra med innspill for å forbedre arbeidet innen forebygging, håndtering og oppfølging av vold og trusler om vold også i deler av helsevesenet som tradisjonelt ikke har hatt fokus på vold og trusler mot ansatte.

## 2 Metode

### 2.1 Fenomenologisk tilnærming og kvalitativt forskningsintervju

Jeg har valgt problemstillingen «Sykepleiere som utsettes for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen – Hvilke forhold har betydning for deres håndtering av hendelsen?». For å få frem sykepleiernes egne opplevelser av situasjonene, har jeg valgt en fenomenologisk tilnærming med kvalitative intervju. Fenomenologisk tilnærming i kvalitativ forskning tar sikte på å beskrive verden slik informantene selv opplever den (Kvale & Brinkmann, 2012). Målet med intervjuene er å beskrive og forstå, snarere enn å forklare (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013). For å oppnå dette, følger jeg anbefalinger i litteratur fra Kvale og Brinkman (2012) og Malterud (2013) og fokuserer på bestemte tema fremfor en stram intervjuguide. Jeg fokuserer på spesifikke situasjoner og hendelsesforløp, ikke generelle meninger. Videre vil jeg etterstrebe å vise åpenhet overfor nye og uventede fenomener. Jeg må være bevisst at intervjuet er en interpersonlig situasjon, og at informasjonen som fremkommer i intervjuene er et produkt av interaksjonen mellom deltakeren og meg. Det er et ideal innen kvalitativ forskning å innta en bevisst naivitet i møte med fagfeltet. Dette kan være utfordrende når jeg studerer mitt eget fagfelt. Jeg vil forsøke å være bevisst utfordringen gjennom hele prosessen med utarbeidelse av intervjuguide, gjennomføring av intervjuer, analyse og presentasjon.

Den fenomenologiske tilnærmingen gjenspeiles også i valg av teori. Lazarus og Folkman (1984) har en fenomenologisk tilnærming til stress og mestring. De ser stress som et produkt av personens vurdering av situasjonen og egne ressurser. Benner og Wrubel fører dette videre til sykepleien ved å beskrive stress og mestring hos pasienter og sykepleiere. Dette kan være nyttig i forståelsen av sykepleiernes håndtering av vold og trusler.

### 2.2 Presisering av begrepsbruk

Jeg har gjennom hele prosessen – fra utarbeidelse av intervjuguide, analyse og til presentasjon – vært opptatt av hvordan sykepleierne opplever å bli utsatt for vold og trusler og hvordan de håndterer hendelsen. I tidlig fase benyttet jeg problemstillingen «Sykepleiere som opplever vold eller trusler om vold på arbeidsplassen – Hvilke faktorer har betydning for deres opplevelse av mestring?». Jeg ser at begrepet «opplevelse av mestring» ikke favner



om reaksjoner der sykepleierne har opplevelser og følelser som ikke nødvendigvis har som funksjon å redusere stress. Begrepet «håndtering av hendelsen» er derfor mer beskrivende for fokuset jeg har hatt i oppgaven.

## **2.3 Utvalg**

### **2.3.1 Inklusjonskriterier**

For å fange opp sykepleiernes opplevelse av å bli utsatt for vold eller trusler om vold, måtte jeg også møte dem i det brede spekteret av arbeidsplasser der de jobber. Tidligere forskning tilsier at forekomsten av vold er størst i psykiatrien, inkludert alderspsykiatrien, legevakt/mottak og hjemmebasert omsorg. Egne erfaringer tilsier at det er noen avdelinger også innen somatiske institusjoner der de ansatte oftere utsattes for vold og trusler. Risikoen for å utsettes for vold her gjenspeiles ikke nødvendigvis i fokus på forebygging, håndtering og oppfølging rettet mot vold og trusler, ettersom det har vært generelt sett lite fokus på vold og trusler i somatiske institusjoner. Jeg ønsket å inkludere enheter med kjent høy forekomst og fokus på vold og trusler og enheter med lavere forekomst og lavere fokus. Jeg inkluderte derfor sykepleiere fra en sikkerhetsavdeling innen psykisk helsevern, demensavdeling på sykehjem, hjemmebasert omsorg, sengeposter for barn og voksne på somatisk sykehus samt fra legevakt. Videre hadde jeg som ønske, men ikke som krav, at deltakerne skulle representere begge kjønn, ulik alder og erfaring.

### **2.3.2 Eksklusjonskriterier**

Jeg stilte ikke krav til alvorlighet i hendelsen, men ekskluderte deltakere som anga at de «ikke brydde seg noe om hendelsen» eller «ikke husket». Det kan være vanskelig å beskrive egen opplevelse av en situasjon dersom den ikke har gjort inntrykk eller man ikke klarer å huske den. Én sykepleier som anga at hun hadde blitt utsatt for trussel ble ekskludert fra deltakelse før intervju ble gjennomført av eget ønske fordi hun ikke opplevde at hendelsen hadde hatt særlig betydning. Ingen ble ekskludert eller trakk seg etter gjennomført intervju.

### 2.3.3 Deltakerne

Det endelige utvalget består av ni kvinner og én mann. De varierte fra 27 til 55 år (gjennomsnitt 38 år) og hadde fra tre til 20 års erfaring som sykepleier (gjennomsnitt 9 år). To deltakere hadde mindre enn fem års erfaring, som Benner beregner som tiden det tar å utvikle seg til en ekspertsykepleier. Navn, arbeidsplass og dialekttrekk er endret for å hindre personlig identifisering.

Kari tok sykepleien i voksen alder. Hun hadde jobbet i serviceyrker i forkant av det. Hun har over 15 års erfaring som sykepleier, alle ved en somatisk sengepost. Hun ble utsatt for fysisk vold fra en psykisk utviklingshemmet mann i en stellsituasjon på kveldsvakt og ble påført mindre fysisk skade. En annen kollega var tilstede da det skjedde og hadde også blitt slått av den samme mannen.

Sofie mottok trusler rettet mot seg og kollegaene fra en mannlig pasient. Hendelsen skjedde på dagtid med flere kolleger på jobb på avdelinga, men Sofie var alene da hun mottok trusselen. Sofie er i midten av tjuetårene og har jobbet som sykepleier ved samme avdeling som Kari i et par år og ved to andre somatiske sengeposter før dette.

Ellen jobber ved en sikkerhetsavdeling innen tvungen psykisk helsevern. Hun har jobbet der omkring fem år. Kort tid etter at hun begynte der, opplevde hun at en pasient gikk til fysisk angrep på henne. Angrepet ble begrenset av kolleger som var tilstede. Hun ble påført lettere fysisk skade. Hun har tidligere jobbet omkring fem år på somatisk sykehus, blant annet på akuttmottak.

Maya har jobbet nesten tjue år som sykepleier, omkring femten av disse ved en barneavdeling. Hun ble utsatt for trusler fra en pårørende i forbindelse med bekymringsmelding til Barnevernet. Personen gikk senere til fysisk angrep på andre ansatte. Maya anmeldte forholdet og vitnet i den påfølgende rettssaken. I tillegg til hendelsen der hun ble truet, opplevde Maya at den involverte familien anmeldte henne for psykisk terror og meldte avdelingen til Helsetilsynet. Sakene ble henlagt.

Helene har jobbet flere år i helsevesenet, de siste ti som sykepleier. Hun jobber på en demensavdeling på sykehjem. Hun har videreutdanning innen eldreomsorg. En ettermiddag forsøkte hun å avverge at en pasient skulle skade en medpasient, og ble da selv utsatt for

forsøk på slag, spark, hodeskalling og kvelning. Ettersom kollegene var opptatt i stell, måtte hun håndtere pasienten alene i lengre tid før hun fikk assistanse.

Thorbjørn jobber ved et akuttmottak i en storby. Han har jobbet de tre siste årene som sykepleier, før dette jobbet han prehospitalt (helsetjenester utenfor sykehus). For omtrent et halvt år siden opplevde han at en pasient truet med å gå rundt i avdelingen og sprute ned alle ansatte og pasienter ved avdelinga med blod. Thorbjørn varslet politiet. Ved ransakelse av pasienten fant politiet sprøyter og sprøytespisser på ham. Mannen ble arrestert for flere forhold.

Camilla jobbet som nattevakt i hjemmesykepleien og var på oppdrag sammen med en kollega. Hun ble forsøkt slått og sparket av en dement, hjemmeboende pasient da de skulle utføre kateterisering av kvinnen. Camilla ble ikke påført fysisk skade.

Dina jobber ved en observasjonsenhet i tilknytning til akuttmottak på et større sykehus. Hun var sammen med to kolleger på nattevakt og skulle ta vare på en pasient som politiet ikke selv hadde kapasitet til å ha fastvakt på. Pasienten kom med grove trusler mot personalet og politiet ble tilkalt. Ingen av personalet ble påført fysisk skade.

Lise var nyutdannet og jobbet i hjemmesykepleien i en storby da hun fikk i oppdrag å dra sammen med en kollega for å hente en dame med tvang ut fra hjemmet og kjøre henne i taxi til sykehjem. De ble truet av pasientens sønn og måtte forlate stedet uten å få med seg pasienten.

Julie jobber ved legevakten i en mellomstor by. Hun ble truet av en beruset pasient da hun var på nattevakt. Hun ble ikke påført fysisk skade, men pasienten gjorde materielle skader på stedet. Julie har tidligere jobberfaring der hun har opplevd flere trusler.

## **2.4 Datainnsamling**

### **2.4.1 Rekruttering**

Rekrutteringen av deltakere har foregått i tre ulike byer, fra somatisk sykehus, legevakt, hjemmesykepleie, psykiatri og sykehjem. Jeg jobbet parallelt med rekruttering gjennom formell kontakt med ledere og private kontakter. På bakgrunn av telefonisk kontakt, ble

informasjonsskriv sendt til ledere og deltakere ved to somatiske sengeposter, ett akuttmottak, fire hjemmesykepleiesoner, ett sykehjem og to kommunale legevakter. Sykepleierne ble bedt om å ta direkte kontakt med meg dersom de ønsket å delta. To av deltakerne ble rekruttert gjennom formelle kontakter. Øvrige deltakere ble rekruttert gjennom private kontakter. De fikk også tilsendt informasjonsskriv før intervju ble avtalt. Tre sykepleiere ble rekruttert via bekjenskaper og fem var bekjente av meg fra tidligere.

### **2.4.2 Intervjuene**

Jeg har gjennomført ti intervjuer. Intervjuene blir gjennomført der deltakeren selv ønsket, i all hovedsak var dette på deltakerens egen arbeidsplass i eller utenom arbeidstid. Lise ble intervjuet per telefon. Det ble informert til ledere og deltakere om at det ikke var forventet at det ble tilrettelagt for intervjuer i arbeidstiden. Vi benyttet egnede samtalerom som reduserte forstyrrelser. Intervjuene varte fra 20 til 60 minutter. Jeg hadde på forhånd sendt ut informasjon om prosjektet og samtykkeskjema. Samtykkeskjema ble samlet inn i forkant av intervjuet. Viktig informasjon ble gjentatt og samtykkeskjema samlet inn før intervjuet. Det ble benyttet opptaker. Intervjuene ble transkribert av meg personlig. Lydfiler og transkriberte intervjuer ble oppbevart på passordbeskyttet PC og slettet etter at oppgaven var ferdig.

### **2.4.3 Intervjuguide**

I tråd med fenomenologisk tilnærming og kvalitativt forskningsintervju, utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 4) med et åpent introduksjonsspørsmål som inviterer deltakeren selv til å beskrive hendelsen og omgivelsene rundt. Deretter ba jeg deltakeren reflektere rundt hva som hadde betydning for at det gikk som det gikk og for egen håndtering av hendelsen. Videre stilte jeg utdypende spørsmål for å belyse betydningen av ulike forhold som opplæring og erfaring, oppfølging og relasjoner. Valg av oppfølgingsspørsmål ble gjort ut fra forhold som trekkes frem i litteraturen som spesielt betydningsfulle for håndtering av hendelsen. Jeg valgte denne formen på intervjuguiden fordi det ga deltakerne mulighet til å prate mest mulig fritt og formidle sin egen opplevelse og mening, uavhengig av mine forventninger og forforståelse.

## 2.5 Analysemetode

I valg av analysemetode måtte jeg vurdere om jeg skulle velge metode for å gå i dybden eller sammenlikne. For eksempel kunne narrativ analyse fanget opp dybden i intervjuene, men muligens på bekostning av fokus på konteksten (Malterud, 2013). En sammenliknende, eller tverrgående, metode gjør det mulig å sammenfatte informasjon fra flere deltakere. Jeg har valgt å benytte meg av systematisk tekstkondensering som er beskrevet av Malterud (2013). Metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (gjengitt i (Malterud, 2013)) og modifisert av Malterud. Den har også mange likhetstrekk med Grounded Theory (gjengitt i (Malterud, 2013)). Den egner seg godt for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2013). Jeg anser denne metoden som godt egnet for å studere sykepleieres opplevelse av forhold som har lettet eller vanskeliggjort håndteringen av vold og trusler.

Systematisk tekstkonsensering gjøres som Giorgis fenomenologiske analyse i fire trinn (Malterud, 2013):

- 1) Få et helhetsinntrykk
- 2) Identifisere meningsbærende enheter
- 3) Trekke ut innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
- 4) Sammenfatte betydningen av innholdet i de ulike enhetene.

I arbeidet med bearbeiding av dataene fra intervjuene fulgte jeg de fire trinnene:

1) I første analysetrinn startet jeg med å lese de transkriberte intervjuene for å få et helhetsinntrykk. Jeg fokuserte på de spontane beretningene til sykepleierne. De var transkribert direkte på original dialekt. Dette for at jeg lettere skulle få med meg nyanser i det de formidlet, og for å kunne lese med «deres stemme» og dermed i størst mulig grad unngå farging av min egen stemme og forforståelse.

2) I den andre fasen, gikk jeg gjennom intervjuene på nytt for å lete etter meningsbærende enheter som kunne si noe om håndtering under eller etter hendelsen. For å organisere materialet, ga jeg tekstutdragene koder ut fra hvilke tema jeg syntes enhetene sa noe om, og la dem inn i en tabell. Jeg valgte å sortere sitatene etter følgende

meningsbærende enheter: Egenskaper ved voldsutøveren, å være forberedt, personlige egenskaper, fysiske forhold og rammefaktorer, reetablering av rolleidentitet og mening i hendelsen. I tillegg systematiserte jeg sitater fra de utdypende spørsmålene etter kategoriene: Opplæring og erfaring, oppfølging og relasjoner.

3) I presentasjonen av funnene skilte jeg mellom innhold som hadde fremkommet i spontane svar på åpne spørsmål, og elementer som jeg hadde fått belyst gjennom utdypende spørsmål. Jeg skilte også mellom håndtering av hendelsen og håndtering av situasjonen etter hendelsen. Dette beskriver jeg nærmere i resultatkapittelet.

4) Funnene ble tolket og diskutert opp mot hverandre, tidligere litteratur og mestringsteori. Hovedfunnene ble til slutt samlet i en konklusjon.

## 2.6 Litteratursøk

Jeg har benyttet ulike metoder for å finne fram til relevant litteratur. I begynnelsen gjennomførte jeg åpne litteratursøk gjennom søkemotorer. Jeg gjennomførte to litteratursøk i Bibliotekbasen. Første søk ble gjennomført 13.05.2013. Jeg benyttet søkeordene forfatter *Isdal* i kombinasjon med emne *vold* og søkte på all tilgjengelig litteratur. Det ga ni treff. Ingen viste seg å ha relevans. Videre søkte jeg emne *vold* i kombinasjon med emne *ansatte* og emne *helsevesenet*. Dette ga ingen treff. Da jeg fjernet emne *helsevesenet* fikk jeg 28 treff. Disse treffene ga meg mulighet for å søke i litteraturlister etter flere relevante kilder. Det andre søket i Bibliotekbasen ble gjennomført 30.08.2013. Jeg søkte emne *violence* i kombinasjon med emne *workplace* eller emne *health services* eller emne *health care* og fikk 10378 treff. Kombinasjonen emne *violence* og *health care* og *workplace* ga kun ett treff. Dette viste seg å være den mest betydningsfulle kilden: En samling av alle bidrag til den første internasjonale konferansen om vold i helsevesenet. Kilden er vanskelig å få tak i fra bibliotekstjenester, men lå åpent på Google Scholar.

Jeg har senere gjennomført flere søk gjennom ulike søkemotorer uten funn av betydning. Jeg har fått tilgang til mange relevante kilder gjennom referanser i annen litteratur. Jeg har også fått gode innspill gjennom veiledningstjenesten for forskning i Norsk Sykepleierforbund. For nasjonal statistikk har jeg benyttet Statistisk Sentralbyrå og NOA med ulike

kombinasjonssøk om forekomst av vold i arbeidslivet. Arbeidstilsynet har flere veiledere tilgjengelig for nedlastning. Lovtekster er lastet ned fra Lovdata.no.

## **2.7 Etiske hensyn**

### **2.7.1 Godkjenning av prosjektet**

Det ble søkt om godkjenning gjennom meldeskjema til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) 04.09.2013. Prosjektet ble godkjent 11.09.2013 (vedlegg 1).

### **2.7.2 Ivaretagelse av deltakerne**

Intervjuene er ikke av terapeutisk karakter, men det er kjent at reaksjoner på ubehagelige hendelser kan reaktiveres i samtaler i etterkant av hendelsen. Jeg informerte derfor ledelsen og deltakerne om at sykepleierne skulle benytte lokale støtteordninger dersom de hadde behov for videre oppfølging (vedlegg 2 og 3). Jeg anså det å benytte lokale støtteordninger som mest korrekt av hensyn til ivaretagelsen av sykepleieren og for at arbeidsgiver skal kunne følge opp dersom sykepleieren har behov for videre støttetiltak. I samtale med sykepleierne oppfatter jeg at de aller fleste har bearbeidet hendelsene, og derfor ikke har behov for videre oppfølging. Men det viser seg dessverre at tilbudet om oppfølging etter vanskelige hendelser er av svært varierende kvalitet på ulike arbeidsplasser. Jeg ser derfor at løsningen med å henvise sykepleierne til lokale støtteordninger blir sårbar der rutiner for oppfølging ikke er etablert eller der de ansatte av ulike grunner ikke tilbys dette.

Deltakerne ble informert på forhånd om hensikten med intervjuene og at informasjonen som fremkom ville bli behandlet konfidensielt. Av hensyn til deltakerne, endrer jeg navn på personer og arbeidsplass, dialekttrekk og titler for å unngå personlig identifisering. Lederne ble informert om at jeg intervjuet ansatte og bisto ved noen av enhetene med å videreformidle informasjon til mulige deltakere. Deltakerne svarte direkte til meg om de ønsket å delta, slik at deltakeren selv kunne velge om de ville involvere leder. Dette for å ta hensyn til at ledelsen kan være av betydning for hvordan sykepleieren opplever å bli utsatt for hendelser på arbeidsplassen.

Jeg har et etisk ansvar for at sykepleiernes utsagn presenteres på en ikke-krenkende måte som feilaktig kan farge synet på sykepleierens evne til å fungere i jobben. Jeg har i størst mulig grad benyttet sykepleiernes egne beretninger, og ikke min fortolkning av dem, som utgangspunkt for å beskrive deres håndtering av hendelsen. Deltakerne har fått mulighet til å lese gjennom utkast av oppgaven for eventuelt å korrigere sitater og mening som er hentet fra sine intervjuer.

### **2.7.3 Forforståelse og rolleavklaring**

Nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon (Malterud, 2013). Jeg er selv sykepleier, jeg har blitt utsatt for vold og trusler på jobb og jeg kjenner flere av deltakerne. Dette fordrer at jeg er kritisk til min egen rolle. Samtidig kan nærhet også gi positive utfall som økt motivasjon og interesse for fagfeltet (Malterud, 2013). Det var min erfaring som sykepleier og det selv å ha blitt utsatt og se andre bli utsatt for vold og trusler som fikk meg til å ønske å studere nærmere hva som ligger til grunn for ulike opplevelser av håndtering av slike komplekse situasjoner. Jeg vil komme tilbake til hvilken betydning dette kan ha hatt for oppgavens kvalitet under drøfting av metoden i kapittel fire.



### 3 Resultater

I dette kapittelet vil jeg presentere en sammenfatning av innholdet i de meningsbærende enhetene som fremkom under analysen av de ti intervjuene. I de spontane beretningene var det spesielt seks forhold som ble trukket frem av betydning for sykepleierne: Egenskaper ved voldsutøveren, å være forberedt, personlige egenskaper, fysiske forhold og rammefaktorer, reetablering av rolleidentitet og mening. Jeg vil i presentasjonen av resultatene først trekke frem funn som fremkom i disse spontane beretningene og som svar på åpne spørsmål. I sine beretninger, beskriver sykepleierne forhold som har hatt betydning for håndtering av hendelsen og for håndtering av tiden etterpå. Håndtering av hendelsen er ofte av problemfokuset karakter, mens håndteringen av tiden etterpå er av mer emosjonsfokuset karakter. Jeg vil forsøke å skille disse forholdene ved å presentere håndtering av hendelsen først. Noen av funnene berører forhold som til dels er kjent fra tidligere forskning, men sykepleiernes egne beretninger gir mulighet til å se forholdene i nytt perspektiv og i forhold til hverandre. Jeg har valgt å presentere funnene i samsvar med de meningsbærende enhetene under kategoriene: Egenskaper ved voldsutøveren, å være forberedt, personlige egenskaper, fysiske forhold og rammefaktorer, reetablering av rolleidentitet og mening. De tre første kategoriene beskriver håndtering av selve hendelsen, fysiske forhold og rammefaktorer kan ha betydning for både hendelsen og tiden etterpå, mens de to siste kategoriene beskriver håndtering av situasjonen i etterkant av hendelsen.

Etter presentasjon av funn fra de spontane beretningene, vil jeg trekke frem noen forhold som er belyst gjennom direkte spørsmål om betydningen av opplæring og erfaring, oppfølging og relasjoner for å få sykepleiernes refleksjoner rundt forhold som er beskrevet i tidligere forskning. Disse refleksjonene kan bidra for å gi nyanser og ny forståelse av betydningen av og kompleksiteten i aktuelle forhold. Jeg vil presentere dette under kategorier som samsvarer med spørsmålene som ble stilt: Opplæring og erfaring, oppfølging og relasjoner. Relasjoner deles inn i fire kategorier: relasjoner til kolleger, relasjon til leder, private relasjoner og relasjon til voldsutøveren. Sykepleierne ble også stilt spørsmål om betydningen av relasjoner til «andre», men ettersom det ikke fremkom noe her som ikke allerede var berørt i spontane beretninger, valgte jeg ikke å presentere det som en egen kategori.

I presentasjon av sitater, vil *kursiv* vise til ord som deltakeren selv la vekt på, mens komma (,) viser til pauser i talen. Parentes () markerer avklarende innskyttelser eller presiseringer fra intervjuer.

### 3.1 Egenskaper ved voldsutøveren

Alle sykepleierne beskrev at egenskaper ved voldsutøveren hadde betydning for deres håndtering av hendelsen. Både fysiske og psykiske egenskaper som tillegges voldsutøveren kan ha betydning for hvordan sykepleierne opplever egen håndtering av hendelsen.

Camilla var sammen med en kollega på nattevakt i hjemmesykepleien og skulle hjem til en dement dame som bodde sammen med ektemannen. Damen trengte hjelp til kateterisering, men begynte å slå og sparke etter dem. Hun sier at hun ikke følte seg truet i situasjonen.

Det var ikke fordi hun *egentlig* var slem (at hun slo og sparket), for det var hun ikke. Hun var bare rett og slett *syk*... Hun var såpass fysisk *liten*, og dermed ikke utgjorde noe *trussel* for min del... Det gjorde jo at det var mye lettere å håndtere det, da. Det er ikke den der «Jeg er redd for at hun skal slå meg ned». Og dermed så kunne jeg i større grad konsentrere meg om å prøve å forstå henne og berolige henne og få gjort den jobben jeg var der for å gjøre. Det hadde nok vært noe *helt* annet hvis det hadde vært en mann på to meter og hundre kilo som hadde ligget der og reagert på samme måte. Det hadde vært *dritskummelt*.

De fysiske egenskapene og den mentale tilstanden til pasienten hadde stor betydning for måten Camilla håndterte hendelsen på. Hun følte seg ikke truet i situasjonen og kunne dermed fokusere på hvordan hun kunne hjelpe pasienten på best mulig måte.

Lise opplevde at sønnen til en dement dame truet henne og kollegaen hennes i hjemmesykepleien da de kom for å ta med damen på sykehjem mot sønnens ønske. Lise hadde tidligere oppfattet sønnen som psykisk ustabil, og hans fysiske størrelse ble av betydning for hvordan hun opplevde truslene.

Jeg var ikke klar over at han var hjemme... Han kom og møtte oss i døra og ropte og skreik og oppførte seg veldig truende, noe som resulterte i at vi bare rygga ut av huset

igjen. Han trua ikke med å slå, men han gjorde seg veldig stor og sto i døråpninga og ropte og skreik.

Lise opplevde i motsetning til Camilla at voldsutøverens fysiske egenskaper økte hennes opplevelse av situasjonen som truende og begrenset hennes muligheter for å gi god helsehjelp til pasienten.

Ellen var relativt ny i jobben ved en sikkerhetsavdeling innen tvungen psykisk helsevern da hun ble utsatt for overfall av en pasient som tidligere hadde utsatt mange ansatte for grov vold. For Ellen hadde pasientens personlighetstrekk og tidligere handlinger stor betydning for hvordan hun opplevde situasjonen.

Han er en av de få (pasientene) som ikke har noe dyssosialt preg over seg, som kan vise veldig mange *medmenneskelige* trekk og som i gode perioder kan spøke og le og vise omsorg for andre... og sånn sett er lettere å få sympati med... Han har vært der lengst, han er dårligst, men samtidig den som er mest lik oss når han har gode dager... Han gjør ikke noe forskjell på stor eller liten eller gammel eller ung, han har slått samtlige. Jeg tror jeg og kollegene mine tåler mer fra ham enn fra andre... Jeg har jo spurt ham i etterkant også, fordi *han* kan du føre en samtale med en sjelden gang når han ikke er så plaget av de stemmene, men han gir ikke noe svar på det. Han blir veldig unnvikende når man spør. Det eneste han har sagt er at «Jeg burde ikke ha slått deg». Det har han sagt som en form for unnskyldning... Jeg har seinere fått trusler hvor pasienten har bedt om unnskyldning, men at jeg har kunnet vært mer tilbøyelig til å si at «Du trenger egentlig ikke å be om unnskyldning, for jeg ser at du ikke mener det»... En annen stor forskjell er at han ikke har *drept* noen. De fleste av de andre pasientene har jo drept noen... Jeg kan sammenlikne det med en vi fikk som hadde drept hele familien sin... Han gikk rundt på avdelinga og var tilsynelatende både uberørt av det han hadde gjort og... veldig tildekkende... mer sånn *lumsk*. Og bare det at man visste hva han hadde gjort, det tror jeg skremte mange. Det ville være mer nærliggende at *han* dukka opp i marerittene enn han som slo.

Omsorg og humor er egenskaper vi gjerne setter pris på og som gjør at Ellen og kollegene lettere får sympati med pasienten fremfor å fordømme handlingene hans. Tidligere drap kan oppfattes som en trussel i seg selv, et varsel om hva en person er i stand til å gjøre, og som

tyder på mangel på respekt for andre menneskers liv. Pasientens tilstedeværelse av positive egenskaper, og fravær av handlinger som fremkaller dødsfrykt, medfører at pasienten fremstår som mindre truende, noe som kan gjøre det lettere å håndtere situasjonen.

Helene jobber på en demensavdeling på sykehjem og avverget at en ung pasient gikk til fysisk angrep på en medpasient, men Helene ble da selv offer for forsøk på slag, spark, hodeskalling og kveletak. Hun kjente til pasienten fra før han ble syk. Da var han en vanlig familiefar i jobb. Hun oppfattet adferden hans nå som uttrykk for demenssykdommen og så det derfor som sin rolle som sykepleier å ivareta hans integritet og hindre ham i å skade noen andre.

Han var ikke *sytti år* ennå. Det var ikke lenge siden han hadde gått skiturer og levd nokså normalt liv, da, som dataoperatør eller et eller annet sånt. Jeg husker *selv* jeg hadde han hjemme hos meg en gang for å reparere min data – bare et år før han kom til oss. Så jeg husket han igjen. Men han hadde etter hvert fått problemer på jobb som mange demente får, da, for at de ikke klarer å følge opp lenger. For på grunn av skader - for dette går jo over tid. Det er jo et langsomt svinn av hjerneceller i hjernebarken, og han hadde også da fått denne atferden, at han forandret atferd... Han kjempet for sin verdighet, på en måte. Han ble veldig sliten fort. En av medpasientene kom mot ham, og da følte han den situasjonen truende for ham. Han løp og tok tak i henne og ville kvele henne. Så tenkte jeg, som sykepleier må jeg prøve å få han ut av den situasjonen... Jeg tenkte på at vi må være hans forlengede arm. At vi må passe på hans verdighet. Det blir jo akkurat det samme, folk som ikke kan vaske seg selv må vi hjelpe dem eller guide hånda eller ta rundt – så tenkte jeg at det er akkurat det samme hvis man ser stort på det.

Vi ser her at hennes tidligere kjennskap til pasienten bidro til å ufarliggjøre pasienten og bidro dermed til at Helene følte hun kunne håndtere hendelsen. Kjennskapen til ham som frisk person sett i lys av hennes kunnskap om denne pasientgruppen, tydeliggjorde også at handlingene hans var uttrykk for sykdommen fremfor bevisst ønske om å skade. Atferden trengte støttende sykepleie fremfor fordømmelse, noe som gjorde at hun som erfaren sykepleier hadde ressurser til å håndtere situasjonen.

Dina, Thorbjørn og Julie ble utsatt for trusler fra pasienter med kjent rusmisbruk på henholdsvis sengepost, akuttmottak og legevakt. Pasientenes rusmisbruk blir trukket frem som forhold av betydning for at de var forberedt på en truende adferd. Julie var på nattevakt på legevakten og sto alene med en truende pasient. Hun måtte følge pasienten gjennom en lang korridor uten fluktmuligheter for å slippe ham ut, ellers skulle han «ta henne». Han ødela inventar på veien ut. Hun beskriver at «Spesielt da når pasienten er rusa eller det kan jo også være når de har smerter, så tenker de ikke klart». Dette utsagnet viser til et syn på rusmisbruk og påfølgende adferd som en uønsket tilstand fra pasientens side. Utbrudd av uønsket atferd vil oppfattes som lettere å håndtere og mindre truende enn potensialet som ligger i en handling med bevisst ønske om å skade.

Sofie hadde ansvar for en pasient som hadde oppholdt seg i utlandet og der det var spørsmål om statsborgerskap og forsikringspapirer. Da de to var alene på pasientens rom, truet han henne med at «Han skulle ta meg, og så at han skulle ha sprunget etter de andre på posten». Han var fysisk svekket. «Hvem som helst kunne se at denne mannen ikke var frisk, så jeg tenker at det kanskje var mer et rop om hjelp enn en trussel». Hun oppfattet trusselen mindre reell og dermed lettere å håndtere fordi den var uttrykk for hans sykdom og frustrasjon fremfor et bevisst ønske om å skade henne.

Synet på voldsutøveren, og da i de fleste tilfellene pasienten, som «syk» eller «ond» blir av sykepleierne trukket frem som spesielt viktig for hvordan de vurderer alvorligheten av trusselen og dermed hvordan de håndterer hendelsen. Det har også betydning for om de opplever at personen kan klandres for sine handlinger, noe som kan påvirke hvordan sykepleierne håndterer tiden etter hendelsen.

Handlinger utført av pasienter synes å bli vurdert og dermed håndtert ulikt sammenliknet med handlinger utført av andre. To av de ti sykepleierne har blitt utsatt for trusler fra pårørende. Begge voldsutøverne blir beskrevet som psykisk ustabile. Maya ble utsatt for trusler fra en mann med kjent aggresjonsproblematikk. «Når du står i sånn behandlingsskø for aggresjonsbehandling... Så tenker jeg at da har du et reelt problem». Til tross for at mannens tilstand ble vurdert som behandlingstrengende, ser ikke handlingene hans ut til å bli «tilgitt» i like stor grad som der det er pasienten selv som utfører handlingene som uttrykk for sin sykdom. Mannen var far til et barn som var innlagt på

avdelingen. Maya forteller «Barnet var hele tiden i fokus». I slike situasjoner kan det oppleves at pårørende som utøver av vold eller trusler mot sykepleierne står mellom den hjelpetrengende pasienten og sykepleiernes mulighet for å hjelpe. Opplevelsen av å fratas muligheten til å gi pasienten den nødvendige behandling og pleie, kan gjøre det vanskeligere å «tåle» vold og trusler fra andre enn pasienten selv.

### 3.2 Å være forberedt

Ni av ti sykepleiere beskriver betydningen av det å være forberedt for deres håndtering av hendelsen. For halvparten medførte *fravær* av dette at det ble vanskeligere å håndtere hendelsen. Å være forberedt kan gi en opplevelse av kontroll over situasjonen som kommer. Forberedelsen kan være en bevisst prosess som for eksempel er tilegnet gjennom opplæring eller gjennom muntlig eller skriftlig rapport om truende atferd. Å være forberedt kan også skyldes forvarsel i form av forhold ved personene som er involvert eller omgivelsene som varslers om hendelsen. Forvarselet gjør sykepleieren mer årvåken og beredt på å handle. To sykepleiere beskriver forvarsel av mer ubevisst karakter. Disse vil jeg beskrive under delkapittelet «personlige egenskaper».

Dina var på nattevakt og hadde ansvarsvakt på en sengepost da hun og de to kollegene skulle ta vare på en pasient som hadde vært truende i mottakelsen. Politiet hadde ikke selv kapasitet til å bli igjen og passe på ham. De lenket ham fast til en bære, låste døren og ga nøkkelen til sykepleierne. Dina fikk beskjed om at de kunne ringe politiet hvis det ble «ille». Mannen knuste servise på rommet sitt etter å ha fått servert mat og ble stadig mer truende. Da Dina og en kollega gikk for å snakke med ham, «Så kom han mot oss, da, med den båra på slep og sa at han skulle drepe oss og kutte oss opp og spise leveren vår». Dina og kollegaen trakk seg umiddelbart tilbake og ringte politiet.

Beskjeden fra politiet om bare å ringe hvis det skjærer seg gjør jo terskelen for å ringe faktisk lavere, så det hadde stor betydning. Det er bestandig litt skummelt å skulle ta opp røret og ring et nødnummer... Jeg er egentlig ganske fornøyd med måten jeg håndterte det på, at jeg satte ned foten og ikke hadde noe slingsmonn.

Dina ble varslet om at pasienten kunne være truende og oppfordret til å ringe politiet. Forhåndsregler ble tatt med å sikre pasienten til båren med liten mulighet for å komme ut av

rommet. Dette ga Dina muligheter til å håndtere en truende hendelse på en best mulig måte.

For flere av sykepleierne hadde fravær av forvarsel betydning for deres muligheter for å beskytte seg fra vold eller trusler, men opplevelsen av hvordan det påvirket utfallet varierer. For Kari fikk fravær av forvarsel stor betydning for hvordan hun håndterte hendelsen. Hun ble slått av en psykisk utviklingshemmet pasient som hun og en kollega skulle hjelpe med å få lagt seg en kveld. Hun jobber på en somatisk sengepost. Pasienten hadde tidligere den kvelden hatt med seg en pleier fra boligen han bodde på, men det var verken gitt muntlig eller skriftlig rapport om at pasienten hadde slått tidligere.

Han slo meg skikkelig hardt... Så jeg føk bakover. Så sa Trine: «Guri, i stad så slo han meg i brystet» så hun nesten mistet pusten, inne på badet da. «Herregud, og det sier du ikke før nå?»... Det der var jo sikkert ikke første gang han slo... Så det som var feil med hele opplegget var jo den pleieren som gikk, jeg regner jo med at hun kjente ham, men hvorfor hun ikke sa ifra til oss, det veit jeg ikke... Det sto ikke i noen papirer fra boenheten, og det sto ikke noe sted i sykepleienotatene, ingen hadde sagt noen ting. Hadde vi visst om det, ville vi nært mer obs... og kanskje roligere... Jeg veit ikke om jeg var litt brå, jeg var litt stressa. Men nå hadde jo Trine fått et skikkelig slag mot seg... Hun skulle jo ha sagt fra til meg... Så kunne jeg vært litt mer obs, men hun sa ingenting før etter at han slo meg, vet du.

Kari beskriver at hun ville håndtert situasjonen annerledes hvis hun hadde visst at pasienten kunne slå. Både pleieren som hadde vært med pasienten tidligere og hennes egen kollega visste at pasienten kunne slå, men varslet henne ikke. Kari beskriver dette som å ha blitt fratatt muligheten til å håndtere situasjonen på riktig måte.

For Julie hadde manglende forvarsel ikke betydning for hennes håndtering av hendelsen. Hun jobber på legevakten og fikk inn en kjent rusmisbruker. Han hadde ikke vært truende tidligere. Hun merket ikke forvarsel på den plutselige atferdsendringen. Det gjorde at hun ikke fikk muligheten til å beskytte seg fra å bli utsatt for trusler. Pasienten krevde at Julie skulle slippe ham ut, og knuste inventar på veien mot utgangsdøren. Til tross for at manglende forvarsel hadde innvirkning på hennes muligheter for å beskytte seg, gir hun ikke uttrykk for at det hadde betydning for hvordan hun håndterte situasjonen.

Han var på en måte akkurat sånn som han pleier når han kommer, funnet på gata, bare levert på døra. Pleier bare å legge seg litt og komme seg litt og bli undersøkt og gå igjen. Det var den vanlige rutinen... Så er det jo best å være forberedt, men jeg veit ikke helt hva vi kunne gjort annerledes, for alt så normalt ut... Hadde nesten vært litt vanskelig å ha gjort noe annerledes i situasjonen, for vi hadde ikke mulighet til å behandle ham tidligere. Og mulighetene der, på legevakta før, så var det utgang i hver ende, og det er en smal gang, så jeg hadde ikke mulighet til å stikke av. Nei, jeg tror ikke det er mye annerledes jeg kunne ha gjort.

På grunn av allerede begrensede muligheter for å beskytte seg, endret ikke fravær av forvarsel Julies håndtering av hendelsen.

### 3.3 Personlige egenskaper

Flere av sykepleierne trekker frem egne erfaringer og egenskaper som betydningsfulle for hvordan de håndterte hendelsen. Ellen og Maya forteller at de fanget opp signaler fra voldsutøveren, og at dette gjorde at de ble ekstra påpasselige på endringer i voldsutøverens atferd. Evnen til å fange opp tegnene gjorde at de klarte å avverge alvorlig skade. De beskriver dette mer som intuisjon og «magefølelse» heller enn klart forvarsel eller en bevisst risikovurdering. Ellen beskriver:

Jeg ser at han kikker på meg på en sånn *rar* måte som gjorde at jeg tenkte at «Nå er det min tur»... Det tror jeg kanskje redda meg. Da han kom løpende så rakk jeg å sette opp foten og sparke han i brystet... Ettersom årene har gått så har man jo lært seg å se mye forvarsler om vold, men akkurat det blikket der tror jeg handla mer om *mitt* instinkt.

Ellen hadde lite erfaring innen psykiatrien da hendelsen inntraff. Likevel klarte hun å fange opp endring i pasientens tilstand. For Ellen ga den intuitive tolkningen av situasjonen henne muligheten til å håndtere hendelsen på en måte så hun fikk beskyttet seg mot alvorlig skade. Ellen forteller at opplevelsen av at hun klarte å sparke pasienten unna, har gjort hun i liknende situasjoner føler seg tryggere når hun sitter nede og har muligheten til å bruke styrken i beina til å sparke unna.



Det er fordi jeg kom heldig ut av det fordi jeg satt opp beina og fikk sparka han litt bort, mens jeg er mer utrygg når jeg står... Samtidig som jeg veit at alt vi lærer sier jo at det ikke er riktig.

Opplevelsen av en vellykket håndtering av hendelsen påvirker hennes vurdering og håndtering av liknende hendelser, til tross for at opplæringen hennes tilsier noe annet.

Maya ble utsatt for gjentatte trusler fra faren til et barn som var innlagt på avdelingen. Mannen gikk senere til fysisk angrep på de som kom for å vise ham ut fra avdelingen. Maya var mellomleder på en barneavdeling der hun møtte et barn de mistenkte at hadde blitt påvirket av mors rusmidler under svangerskapet. Dagen før den aktuelle hendelsen hadde barnefaren blitt informert om at avdelingen ville sende en bekymringsmelding til Barnevernet. Barnefaren hadde kjent aggresjonsproblematikk. Dagen for den aktuelle hendelsen, ønsket barnefaren å prate med Maya. Maya forteller om et ubevisst ubehag som gjorde at hun fikk mulighet til å komme seg ut da situasjonen ble truende.

Så fikk jeg litt sånn ugrei følelse, så jeg utsatte egentlig å gå inn dit på rommet... Jeg gikk ikke inn og satte meg *innafor* der (faren satt), og det tror jeg var helt sånn ubevisst, tenkte at det skal jeg ikke, for jeg var jo litt usikker på ham. Jeg har hatt *praksis* på (navnet på en sikkerhetsavdeling innen tvungen psykisk helsevern), hvor jeg har lært en del sånne ting. Det kan hende at det bare lå der i meg, at jeg ikke skulle gå innerst i et rom.

Hun beskriver at hun på bakgrunn av tidligere erfaringer tolket følelsen av «ubehag» som et forvarsel på en truende situasjon. Følelsen kan beskrives som intuisjon, en egenskap hun har tilegnet seg gjennom erfaring. Denne egenskapen medførte at hun håndterte hendelsen på en måte som gjorde at hun kom seg unna da situasjonen var truende, og dermed unngikk å bli utsatt for fysisk skade.

Julie trekker også frem betydningen av personlige egenskaper. «Jeg ser meg selv egentlig som en lite *redd* person... Holder veldig roen i sånne situasjoner. Det er andre situasjoner også, så føler jeg det at jeg holder roen». Julies evne til å beholde roen, gjør at hun tør å stå i situasjonen, og håndterer den uten å gå i konflikt eller trekke seg unna.

Julie, Maya og Ellen beskriver ubevisste følelser og handlinger som har gjort dem i bedre stand til å håndtere truende hendelser. Følelser og handlinger som de ikke har utført på bakgrunn av situasjonsbestemt opplæring, men på grunn av deres personlige egenskaper og evner til å tolke og håndtere hendelser på en hensiktsmessig måte.

### 3.4 Fysiske forhold og rammefaktorer

Sykepleierne i denne studien representerer ulike sektorer i helsevesenet med svært ulike arbeidsforhold, fra hjemmesykepleiernes mange lokaler i brukernes egne hjem, til intensivavdelinger og nye sykehus. Noen sykepleiere jobber på avdelinger med enerom og avgrensede områder, mens andre beskriver gamle, nedslitte lokaler med lange korridorer og få muligheter for å skjerme eller beskytte pasienten eller seg selv. Tre av sykepleierne trakk frem fysiske forhold som av betydning for deres håndtering av selve hendelsen, mens én sykepleier trakk frem fysiske forhold og rammefaktorer som av betydning for tiden etter hendelsen.

Julie innleder sin beretning med at den aktuelle hendelsen mest sannsynlig ikke ville skjedd i de nye lokalene til legevakten. En beruset pasient truet henne og gikk til angrep på inventaret. Hun måtte følge ham gjennom hele avdelingen for å komme til utgangsdøren. De fysiske forholdene begrenset mulighetene for å håndtere situasjonen annerledes.

Det hadde nesten vært litt vanskelig å ha gjort noe annerledes i situasjonen, for vi *hadde* ikke mulighet til å behandle ham tidligere. Og mulighetene *der*, på legevakta *før*, så var det utgang i hver ende, og det er en *smal* gang, så jeg hadde ikke mulighet ... Fysiske forhold er helt annerledes (i de nye lokalene). Vi har egen politiinngang, ambulanseinngang, der rusa og psykiatriske pasienter, alle blir tatt inn den veien hvis de kommer med politi, og da har vi eget politirom, så de kommer ikke inn i selve legevakta. Eneste utfordringa er at hvis man blir stående *aleine* og ting skal skje, det er også en utfordring her, men det går jo også på åssen vi håndterer det. Vi hadde jo en situasjon nå for bare noen dager siden, hvor en ung, ganske ny sykepleier her ble sittende *aleine* med en pasient som da *nekta* henne å gå ut av rommet. Det er en skummel situasjon. Det endte jo godt det og, men det hadde ikke trengt å ende godt... Varslingsmuligheten – der på gamle (legevakten) var det veldig greit, da var det bare å heve stemmen, så hørte man

det over alt. Sånn er det ikke her, og spesielt ikke på politirommet, for det er gjennom to dører. Men vi har alarmknapper som vi går med og i tillegg varsling på alle rom.

Hun beskriver her hvordan fysiske forhold kan ha stor betydning for hvilke ressurser sykepleierne har for å håndtere situasjonen.

Pasienten som truet Dina og kollegene var på enerom og var låst fast til båren slik at han ikke kunne komme ut. Dina sier at det er «Definitivt av stor betydning at vi har enerom. Og en ting vi tenkte på også var at hvis han kom seg løs, at han ikke kom seg ut vinduet, for det er sperret». Som for Julie, hadde de fysiske forholdene betydning for hvilke ressurser Dina og kollegene hadde tilgjengelig for å håndtere situasjonen. Egnede lokaler gjorde det mulig å ivareta sikkerheten til både pasienten, personalet og andre pasienter på avdelingen.

Det er ikke bare lokalene som varierer på de ulike arbeidsplassene. De fysiske forholdene og rammefaktorene påvirker også relasjonen mellom sykepleier og pasient og relasjonen til de pårørende. Lise ble utsatt for trusler fra en pårørende hjemme hos en dement dame og beskriver hvordan relasjonene og opplevelsen av situasjonen som truende var preget av at de befant seg i pasientens hjem.

Det er *opplevelsen* av å bli truet, da. Det er ikke sikkert *han* mente det sånn, han følt seg kanskje like trua av at *vi* kom. Det er jo utfordringa i hjemmesykepleien, at vi kommer *inn* i hjemmet til noen, at du har to parter som kanskje føler seg truet.

I etterkant har Lise begynt å jobbe i akuttmottak på et større sykehus. Hun beskriver endringen av forholdene slik:

De rammene som jeg har i jobben nå – der aksepterer jeg ikke noe tull. Hvis noen oppfører seg truende i jobben min nå – jeg har folk som jeg kan tilkalle og jeg kan på mange måter sette ned foten og si at «Sånn oppfører vi oss ikke!». Fordi det er på sykehus og det er litt andre premisser. Det er på en måte *mitt* område, mens i hjemmet (til brukeren), så kanskje man reagerer litt annerledes hvis folk oppfører seg truende. Man trekker seg lettere tilbake på deres territorium.

Lise beskriver her hvordan de fysiske forholdene og rammefaktorene har betydning for hennes muligheter for å håndtere hendelser med vold og trusler, blant annet på grunn av ulike muligheter for å sette egne grenser.

Fysiske forhold og rammefaktorer har også betydning for hvordan sykepleierne håndterer tiden etter hendelsen ved at det kan være avgjørende for om man kan stå i jobben med redusert arbeidsevne. Maya forteller:

Jeg var jo ikke ute i direkte pleie med pasientene – jeg hadde jo det overordna ansvaret i forhold til bemanning og pasientflyt og sånn. Det var ikke så *synlig* hvis ikke jeg gjorde jobben min ordentlig, for eksempel – sånn som hvis det er noen som er borte fra *pleien*.

Maya kunne fortsatt være på jobb etter hendelsen, til tross for redusert arbeidsevne, fordi hennes arbeidsoppgaver var fleksible og ikke av direkte betydning for kvaliteten på pleien. Dette hadde betydning for hennes håndtering av tiden etter hendelsen fordi hun kunne fortsette å gjøre det hun opplevde som meningsfylt.

De neste delkapitlene vil omhandle forhold som blir trukket frem som av betydning for sykepleiernes håndtering av tiden *etter* hendelsen.

### **3.5 Reetablering av rolleidentitet**

Å bli utsatt for vold eller trusler kan oppleves som en krenkelse og tap av anerkjennelse og integritet. Lise beskriver opplevelsen av å bli truet slik: «Du kjenner jo litt at du mislykkes da, når du får den reaksjonen... At man på en måte provoserer noen som gjør at de blir så sint, så føler man at da har man ikke gjort alt riktig». Sykepleierrollen bærer med seg forventinger om å gi og få omsorg. Å bli utsatt for vold og trusler i rollen som sykepleier, kan derfor medføre degradering av egen rolleidentitet. Sykepleierne trekker frem ulike forhold av betydning for deres håndtering av tiden etter hendelsen i form av opplevelse av anerkjennelse og det å reetablere rolleidentiteten.

Fem sykepleiere trekker frem at støtten fra deres overordnede hadde betydning for hvordan de håndterte tiden etter hendelsen. Sofie fikk beskjed fra en lege om å gå inn til pasienten for å ordne med forsikringspapirene. «Jeg fikk beskjed om å gå inn med de papirene, og det var ikke noe jeg hadde funnet på selv. Det var liksom en klar beskjed fra min overordnede». Hun viser stor respekt og tillit overfor beslutningene som ble fattet av legen, også i etterkant av hendelsen.

Det måtte legene på en måte avgjøre, om vi skal gjøre det (anmelde til politiet). For meg var det på en måte ganske for det samme... Legen gikk inn og sa at det var *absolutt* ikke greit å true folk, og at det bare var å forlate avdelinga hvis det skjedde igjen.

Sofie beskriver her at hun ikke selv tok valget som satte henne i situasjonen der hun ble utsatt for trusler. I etterkant ble hun støttet av de samme autoritetene som indirekte utsatte henne for hendelsen. Dette dannet en allianse som bidro til å styrke tilliten til autoritetene, styrke hennes identitet som sykepleier og øke hennes opplevelse av å håndtere situasjonen riktig.

To sykepleiere trekker frem at manglende anerkjennelse fra ledelsen gjorde det vanskeligere å håndtere tiden etter hendelsen. Bekreftelse fra kolleger fikk da stor betydning. En erfaren sykepleier forteller:

Sjefen sier at «Hvis dere har hatt noen uheldige opplevelser, så er det *kun* dere selv som har gjort noe galt». Liksom at du må finne noe feil som du har gjort, da, med din håndtering av situasjonen. Så det er bare en selv å takke hvis man blir utsatt for uheldige hendelser. Det står også i noe litteratur.

Etter hendelsen gikk hun og kollegene sammen og trente på hvordan de kunne håndtere en liknende situasjon. Hun trekker frem:

Man kan jo ikke ta alt på sine skuldre... Jeg mener at det er ikke alt du kan du gjøre noe med med god atferd og trening og alt sånt, det er ikke alt du kan fikse. Du kan nok gjøre mye, det gjør vi jo og, men vi har vært uheldige, da.

Ved å trene sammen på en liknende situasjon, fikk de bekreftet sin kompetanse og sitt samhold, og kunne samtidig anerkjenne at det er noen hendelser som de ikke råder over. Det kan gjøre det lettere å håndtere tiden etter hendelsen og trusselen om at en ny kan inntreffe.

Betydningen av kolleger for å reetablere rolleidentiteten bekreftes i beretningene til Lise og Camilla, som begge jobbet i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien er en arbeidsplass som ofte innebærer å møte utfordrende situasjoner alene. Camilla og Lise var begge sammen med en kollega i den aktuelle hendelsen, og trekker frem dette av stor betydning for deres håndtering av hendelsen og tiden etterpå.

Det er veldig godt å være to i en sånn situasjon, selvfølgelig. Det å vite at kollegaen står der og ser. Da får du for det første ikke gjort noe galt. Altså, jeg har ikke vært slem eller ufin eller brå eller noe sånt noe. I tillegg ha noen å støtte meg på for å få roet ting ned og ordna opp og gjort det greit for (pasienten).

Det viser hvordan kollegaer kan være viktige for å reflektere over situasjonen og egen innsats og på denne måten reetablere rolleidentiteten etter en vanskelig hendelse. Jeg kommer mer inn på betydningen av kolleger senere i kapittelet.

Sykepleierne trekker også frem andre relasjoner som av betydning for å reetablere rolleidentiteten etter en vanskelig hendelse. Maya fikk ikke anerkjennelse fra foreldrene til barnet hun forsøkte å hjelpe. Hun opplevde heller ikke en støttende ledelse. Hun trekker frem tilbakemeldinger fra andre som av betydning for hennes opplevelse av anerkjennelse. Blant annet trekker hun frem anerkjennelsen hun opplevde da aktor kontaktet henne og berømmet henne for hennes bidrag etter å ha vitnet i straffesaken mot den tiltalte barnefaren. «Aktor ringer den dagen og sier at jeg har klart meg *veldig, veldig* bra. Det var et *veldig* bra vitnemål, og jeg fikk belyst ting som var viktig i forhold til hvordan man jobber på en sånn avdeling». Anerkjennelsen fra aktor var en bekreftelse på at hun gjorde en god jobb som vitne, men samtidig en bekreftelse på hennes kompetanse som fagperson på barneavdelingen. Dette hadde betydning for hennes håndtering av tiden etter hendelsen.

Thorbjørn og Dina trekker frem utrykning fra politiet som av betydning. Dina forteller:

Vi er ikke en like stor autoritet som uniformert politi. Han hadde ikke den samme respekten for oss, det så vi jo med en gang politiet kom... Vi ringte politiet, så kom det etter kort tid sju stykker med sånn *opprørshjelm* og skjold og batonger trampende inn i rekke. Og operasjonsleder, da uten det utstyret. De kom inn og storma rommet, akkurat sånn som du ser på film, hvorpå pasienten roet seg med *en* gang.

Rask respons fra nødetater kan i tillegg til sikkerhet oppleves som en anerkjennelse og en måte å reetablere integritet, respekt og egen rolleidentitet når den krenkes på grunn av vold eller trusler. På den måten kan det ha betydning for håndtering av tiden etter hendelsen.

### 3.6 Mening i hendelsen

Hvilken mening vi ilegger en hendelse, kan påvirke hvordan vi håndterer situasjonen og tiden etterpå. Jeg vil i dette delkapittelet trekke frem noen beretninger om betydningen av hvilken mening sykepleierne ilegger hendelsen.

Camilla forteller at hun ikke følte seg truet av den demente damen som slo og sparket etter henne fordi pasienten var så liten. Samtidig forteller hun at hun ikke oppfattet handlingene som forsøk på vold før hun ble bevisstgjort det av fagutviklingssykepleier.

Jeg følte jo ikke at jeg hadde vært oppe i noe skummelt. Jeg hadde jo bare vært oppe i en situasjon på linje med mange, mange andre situasjoner i løpet av en natt. Ok, det her var en som reagerte med å bli sint, neste mann reagerer med å være blid og høflig, tredje er egentlig helt i ørska og ligger og sover og vil gjerne fortsett med det.

Det store spekteret av ulike og uforutsette situasjoner i hjemmesykepleien påvirker hvilken mening Camilla ilegger hendelsen. Camillas jobb er å hjelpe pasienter med sine behov. Hun er vant til et stort spenn av ulike reaksjoner når hun kommer for å hjelpe. Det var oppgaven, ikke reaksjonen som var ilagt mening i denne situasjonen. Dette danner grunnlag for hvordan hun håndterte hendelsen og tiden etterpå.

Thorbjørn opplevde at trusselen fikk ny mening i etterkant av hendelsen. Han var vitne til at en beruset pasient truet legen med å gå rundt i akuttmottaket med en sprøyte og sprute blod på alle. Da politiet kom, ransaket de pasienten og fant sprøyter og nåler som pasienten kunne ha brukt for å gjennomføre trusselen.

Selv om han trua oss, så følte jeg ikke at det var noe fare, men i etterpåklokskapen så burde man – når vi finner sprøyte og sprøytespiss på han, så burde man kanskje tenke seg litt mer om når man får trusler sånn, da, for han hadde faktisk utstyr til å gjøre det.

Thorbjørn fikk endret sin opplevelse av alvor i trusselen etter revurdering på bakgrunn av ny informasjon om skadepotensialet. Dette ga en ny mening til hendelsen som endret hans håndtering av tiden etter hendelsen. Thorbjørn forteller at han nå tar trusler mer på alvor.

Ellen ble utsatt for slag og spark fra en pasient. Hun klarte delvis å sparke ham unna før pasienten ble overmannet av to andre ansatte. «Det mest *avgjørende* var at det ikke ble så *alvorlig* som det kunne ha blitt... Når man jobber med *den typen* pasienter, er det avgjørende

hvordan utfallet blir». Å bli fratatt muligheten til å jobbe og fungere privat på grunn av vold oppleves meningsløst og kan påvirke hvordan vi håndterer tiden etter hendelsen.

Trusler uten fysisk vold kan også gi frykt for tap av arbeidsevne. Maya forteller at «Jaja, man får jo ikke noen fysiske skader, det var jo ikke noe sånn synlig på deg, men du veit ikke hva det gjør med deg psykisk, og det psykiske ble jo *fysiske* plager for meg». Maya sier hun er vant til å være den sterke og tydelige. Det var viktig for Maya ikke å være borte fra jobb. «Det er jo jobben min». Å kunne stå i jobb er et tegn på at hun overvant den meningsløse volden. Dette hadde betydning for hennes opplevelse av å håndtere tiden etter hendelsen.

Behovet for å se en rettferdig dom beskrives som meningsfullt i fire av sykepleieberetningene. Jeg vil benytte Maya og Thorbjørn som eksempler på ulike måter dette fikk betydning for deres vurdering av hendelsen og håndteringen av tiden etter hendelsen. Maya beskriver:

Da har han i hvert fall fått en straff, og man har statuert et eksempel på at når man går som helsepersonell – selv om man går i hvit nattuniform, eller– det ser ut som pysj, så er man faktisk en offentlig person, og man går i uniform.

Maya opplevde å få krenket sin rolleidentitet både gjennom verbale trusler og anmeldelser. At voldsutøveren ble dømt for vold mot offentlig tjenestemann er en anerkjennelse av Mayas rolleidentitet. Det satte hendelsen i nytt lys og gjennom dette kunne Maya endre opplevelsen av å ha håndtert hendelsen og tiden etterpå.

Thorbjørn opplevde det også meningsfullt at voldsutøveren ble straffet for hendelsen. Han kontaktet politiet da en pasient truet med å gå rundt i avdelingen og sprute blod.

Det blir jo en avveining hva man skal velge da, når man får sånne trusler, hvor vidt man skal prøve å glatte over det. Men jeg tenkte med meg selv at dette her skal vi faktisk ikke godta, når de truer oss sånn, selv om jeg ikke trodde at han kom til å gjøre det... Jeg ringte politiet med en gang... Pasienten *visste* ikke hva som skjedde før politiet sto der, for jeg informerte ham ikke om det, og jeg ønsket heller ikke å gjøre det. Jeg ønsket at han skulle bli *tatt*, sånn at han skulle få vite at det der ikke var greit. Og det sa jeg også til ham når politiet pågrep ham, at «Beklager, men vi har ikke noe valg når du velger å true oss på den måten, så blir vi nødt til å ringe politiet».



Thorbjørn sier at effekten av å anmelde trusler strekker seg utover betydningen av den enkelte hendelsen:

(Politiet) sier at det har vært problemer på en annen avdeling på sykehuset, hvor de har lagt policyen helt klar, at *alt* av trusler og sånn, *vil* bli anmeldt til politiet. Der er det ikke noe problem lengre, selv om det er mye rusmisbrukere på akkurat den avdelinga.

Pasienten fikk straff for sine trusler, samtidig kan hendelsen ha betydning for å redusere fremtidige trusler. Thorbjørn beskriver denne effekten som meningsfylt og av betydning for håndteringen av tiden etterpå gjennom å styrke synet på egen håndtering av hendelsen.

Ellen jobber med flere pasienter som er dømt til behandling fordi de *ikke* kan straffes. Hun beskriver balansen mellom å yte omsorg og å ansvarliggjøre pasientene som nødvendig og meningsfylt.

De er der fordi de er syke, og mandatet vårt er å ta vare på dem som best vi kan. Det er jo liv som på en måte er så *tragiske* at det er rart at de ikke bare ligger i senga si hele dagen og *gråter*. Men mandatet vårt er jo å *hjelpe* dem, og det synes jeg jo at vi er *gode* på, å behandle dem med respekt selv om de har begått ganske grusomme drap da, mange av dem, og hvor de ikke kan ansvarliggjøres fullt ut for *det*. De kan ikke straffes på vanlig måte, ei heller kan vi *skyve* på grensene... Så jeg mener at en viss form for ansvarliggjøring må man ha, og holde fast på at det er galt det som har blitt gjort.

Å mestre balansen mellom omsorg og ansvar beskrives som meningsfylt og av betydning for hvordan hun håndterer en arbeidssituasjon med stadige møter med vold og trusler.

### **3.7 Betydningen av opplæring og erfaring, oppfølging og relasjoner**

I denne delen av kapittelet vil jeg komme nærmere inn på forhold som kom frem da jeg konkret etterspurte hvilken betydning opplæring og erfaring samt oppfølging hadde for hvordan sykepleierne håndterte situasjonen. De ble også forespurt om betydningen av relasjoner til kolleger, leder, private relasjoner og relasjoner til «andre». Som tidligere nevnt blir ikke relasjoner til «andre» omtalt i eget avsnitt.

### 3.7.1 Opplæring og erfaring

Blant de ti sykepleierne jeg intervjuet, var det kun én som svarte at opplæring og tidligere erfaring *ikke* hadde betydning for hvordan hun håndterte situasjonen. Kun to hadde fått opplæring knyttet til håndtering av vold og trusler på arbeidsplassen, en betydelig lavere andel enn tidligere presenterte tall fra Arbeidstilsynet, som anga at over femti prosent har fått opplæring (Arbeidstilsynet, 2009).

Sofie hadde ikke fått opplæring knyttet til vold og trusler og hadde heller ikke opplevd liknende alvorlige trusler tidligere. Hun trekker frem at mer opplæring og erfaring kan ha betydning for sykepleiernes evne til å vurdere situasjoner som trygge eller truende. «Jo mer du har sett og vært borti, jo mer klarer du å sile ut hva som er *alvorlige* trusler og ikke». På legevakten har Julie og kollegene hatt internundervisning om vold og trusler. Hun bekrefter nytteverdien av opplæring og erfaring.

Opplæring vil gjøre at du – det blir det samme med hjerte-lunge-redning – du tørrtrener *veldig* mye for å aksjonere rett. Og det tror jeg er *akkurat* det samme med *det her*. Vi må tenke oss situasjoner, hva vi vil gjøre.

Sykepleiernes syn på opplæring og oppfølging som av betydning for håndtering av vold og trusler ser ut til å være entydig, uavhengig av om de *selv* har mottatt det.

På sikkerhetsavdelingen har Ellen fått opplæring i vurdering av risiko, hvordan å møte pasientene for å hindre at situasjoner eskalerer og teknikker for å begrense skade på seg selv og andre. I tillegg til formell opplæring, har den uformelle opplæringen en viktig funksjon på avdelingen. Hun mener at man til tross for formell og uformell opplæring er avhengig av erfaring for å kunne håndtere hendelsene på en god måte. Hun forteller:

(Kollegene ga) veldig mye *bakgrunnsinformasjon* om pasientene, og *mye* informasjon om de *verste* hendelsene. Jeg tror nok at de for å si det rett ut *malte* fanden litt på veggene ved å fortelle meg om alle som hadde gått galt, men det var jo og å gjøre et poeng av hvor viktig det var å *følge* med på ting, ikke snu ryggen til, være nøye med ransaking de gangene man skulle det. Også er jo spørsmålet om *andre* egentlig kan forberede deg på at sånne ting *kan* skje, for det *tror* jeg egentlig ikke.

Sykepleiernes synspunkter på betydningen av opplæring og erfaring tyder på at opplæring og erfaring ofte ble sett under ett; Opplæring er viktig, men kan ikke stå alene. Praktisk erfaring er viktig for å kunne håndtere vold og trusler.

At mange sykepleiere ikke har fått formell opplæring på arbeidsplassen, betyr ikke at de står uforberedt. Mange har tilegnet seg kunnskap, kompetanse og erfaring fra videreutdanning og frivillig engasjement. Julie forteller om sin erfaring som fengselsbetjent:

Jeg er vant til å håndtere mennesker i en stressa situasjon, snakke med både rusa og *ikke* rusa kriminelle og stoffmisbrukere, som *ofte* er de som *utøver* vold, da. Litt den tryggheten i at du er vant til å håndtere folk i forskjellige situasjoner... Jeg tenker at det er ganske mye likt (som sykepleier og som fengselsbetjent), jeg, for vi tåler alt for mye både her og der. Folk har ikke skrupler, og det er sånne verbale trusler som at «Hvis ikke barnet mitt kommer inn nå, så er det *DU* som er ansvarlig hvis det dør». Det kan vi jo få fra helt *vanlige*, oppegående mennesker. Det er det samme i kriminalomsorgen, de har jo ikke skrupler for hva de vil kalle en betjent, eller true med, så jeg tenker at det er veldig mange likhetstrekk der. Det handler jo litt om å håndtere på samme måte. Står du i en celledør og dekker hele døra, så er du jo en *trussel*, og det tenker jeg du også vil være her hvis du har en pasient inne på ett rom, og du står som en fysisk barriere. Så jeg tror *veldig* mye er likt.

Julies refleksjon rundt fellestrekkene ved å utsettes for trusler i rollen som fengselsbetjent og i rollen som sykepleier kan tyde på at det ikke bare er situasjonsbestemt opplæring og erfaring som har betydning, men at også opplæring og erfaring fra liknende hendelser og situasjoner har betydning for hvordan sykepleierne håndterer vold og trusler.

Ikke all erfaring gir grunnlag for god håndtering av hendelsen. Kari ble slått av en psykisk utviklingshemmet pasient. Hun hadde også tidligere blitt slått av en pasient som var psykisk utviklingshemmet. «Jeg føler kanskje at jeg er litt mer reservert nå når jeg veit at de er psykisk utviklingshemmet, *faktisk*». Å bli slått på nytt av en pasient som hadde likhetstrekk med den første voldsutøveren, bekreftet for Kari at psykisk utviklingshemmede er mer truende, og gjør henne mer reservert i møte med pasienter med liknende karakteristikk neste gang.

Sykepleiernes betraktninger om opplæring og erfaring gir perspektiver på betydningen av opplæring og erfaring for deres håndtering av hendelsen. Opplæring alene gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å håndtere hendelsen på en god måte. Erfaring hjelper sykepleieren til å kunne vurdere og håndtere liknende hendelser. Ikke all erfaring er god erfaring. Negative opplevelser kan gi negative forventninger til egen håndtering av liknende hendelser.

### 3.7.2 Oppfølging

Synspunktene på betydningen av oppfølging henger for mange tett sammen med relasjoner til kolleger og til leder. Jeg vil i dette delkapittelet forsøke å fokusere på rutinene for oppfølging, mens delkapitlene om relasjoner til kolleger og ledelse vil ha fokus på betydningen av relasjoner *både* i og etter hendelsen.

Kun fire av ti deltakere var kjent med at arbeidsplassen hadde rutiner for oppfølging av vold og trusler som *både* innebar administrativ og psykososial oppfølging. Dette var på legevakt, sikkerhetsavdeling, akuttmottak og observasjonspost. Dette samsvarer med Fafos rapport om vold på norske arbeidsplasser (Svalund, 2009). Sykepleierne beskriver ulike former for oppfølging. På akuttmottaket og observasjonsposten har Thorbjørn og Dina kollegastøtteordning som skal håndtere psykososial oppfølging etter ulike vanskelige hendelser på jobb. Her har ledelsen samtidig et ansvar for den administrative oppfølgingen. Verken Dina eller Thorbjørn ble kontaktet av kollegastøtteordningen etter den aktuelle hendelsen. I følge Thorbjørn ville de trolig ha tatt kontakt hvis det var snakk om en hendelse med fysisk vold. I Dinas tilfelle var kollegastøtteordningen ikke fungerende på grunn av fravær blant kollegastøtterne. På legevakten og på sikkerhetsavdelingen har personalet innarbeidet rutiner rettet mot oppfølging av vold og trusler spesielt som innebærer at leder har ansvar for både administrativ oppfølging som interne og eksterne meldinger og psykososial støtte. Julie forteller:

Her melder vi det, og hvis det er noe alvorlig, som du kjenner at du er *nødt* til å snakke med leder om, så er leder tilgjengelig 24 timer i døgnet. Eller så er det teamleder, som også har et ansvar der. Skjer det noen ting som du kanskje ikke melder selv, så meldes

kanskje hendelsen inn, og så tar leder kontakt med deg. Det tror jeg er en veldig trygghet.

Julie beskriver en støttende leder og administrative rutiner for oppfølging som av betydning for hennes opplevelse av trygghet i møte med truende hendelser og for å fange opp de som opplever det vanskelig å håndtere tiden etterpå.

Sykepleierne var unisone i sin oppfatning av at gode administrative rutiner er nødvendig for opplevelsen av en god oppfølging. Helenes beskrivelse av betydningen av administrative verktøy for registrering av hendelser, belyser at dette alene kan oppleves som støttende og øke opplevelsen av å håndtere tiden etter hendelsen. Helene mottok mangelfull psykososial støtte fra sin leder i etterkant, men sier at:

Det var at vi hadde et ordentlig avvikssystem... sånn at hvis noen skada seg... det syns jeg er viktig. Da er det en organisasjon som ivaretar de som arbeider der også. Det virker som om alt er for pasienten, men det er faktisk (sånn at) de som jobber der skal også ivaretas, da, synes jeg.

En tilgjengelig leder er ikke alene avgjørende for opplevelsen av god oppfølging. Gode administrative rutiner kan ha stor betydning for opplevelsen av å bli sett og ivaretatt etter å ha blitt utsatt for vold eller trusler.

Ni sykepleiere trekker frem den uformelle kollegastøtten som en viktig del av oppfølgingen etter hendelsen. Dina sier «For *min* del hadde det (uformelle samtalen med kolleger i etterkant) veldig stor betydning, bare å få lov til å fortelle ting igjen er en stor del av det å bearbeide og reflektere over ting. Og forhåpentlig vis ta litt lærdom av det». Hun forteller om tettere bånd til kollegene i etterkant «En sånn hendelse binder en jo litt mer». Julie fremhever, i likhet med Dina, refleksjon i etterkant av hendelsen som av stor betydning.

Hvis du da klarer å tenke litt *gjennom* den, at du tenker: «Fader, hva gjorde *jeg* for at situasjonen skjedde? Hva gjorde jeg for å *løse* det? Hva gjorde jeg i *forkant* for at pasienten skulle både *true* og *aksjonere* som han gjorde, da?» Vi har jo noen pasienter her som ber om medisiner, for eksempel, og du må si «Nei, dessverre, det får du ikke». Det er *måten* du sier det på. *Hvor* sier du det? Har man hold i det man sier? Og så

reflektere over hver hendelse som ikke har gått akkurat sånn du hadde tenkt. Det tror jeg er viktig.

Ingen av sykepleierne forteller at de har fått avsatt tid til denne uformelle gjennomgangen etter hendelsen. Helene forteller at «Det er hver enkelt som er på jobb som må ordne det, ut fra den tida vi har». Sykepleiernes syn på betydningen av oppfølging etter hendelsen, tyder på at den uformelle samtalen har en viktig funksjon, både for psykososial støtte, refleksjon og læring, men at det ikke blir satt av tid til å gjennomføre dette. Konsekvensen av dette kan være at mange går glipp av muligheten til å reflektere, bearbeide hendelsen og lære av den.

### **3.7.3 Relasjoner til kolleger**

I tråd med tidligere forskning, bekrefter de fleste sykepleierne i denne studien at gode relasjoner til kolleger har betydning for hvordan de håndterte situasjonen og tiden etterpå. To av sykepleierne mente at relasjoner til kolleger ikke hadde betydning. For noen av sykepleierne hadde kollegene spesiell betydning for deres håndtering av hendelsen og tiden etterpå.

For Maya var støtte fra kollegene avgjørende for hvordan hun håndterte tiden etter hendelsen. «Hadde det ikke vært for kollegene mine, så hadde jeg sikkert blitt sykemeldt». Samvær med kolleger kan bidra til å reetablere rolleidentiteten som sykepleier, samtidig som situasjonen normaliseres og hendelsen bearbeides.

For Ellen er det avgjørende å kunne stole på at kollegene stiller opp overfor hverandre for å forhindre alvorlig skade og for å komme tilbake etter å ha blitt utsatt for vold eller trusler. Samtidig trekker hun frem et potensielt stress i å bevise overfor kollegene at man «duger».

Relasjoner til kollegene ble nok viktigere med en gang det skjedde. Det er kanskje det som gjør at man kan *bli* i en sånn jobb etter at det skjer, det er fordi man har kolleger som bryr seg om og tar vare på. Samtidig i en sånn jobb er det jo viktig å vise at du duger litt. Jeg kunne sikkert med rette bare trukket meg ut av den situasjonen, men da var det jo bare de to kollegaene mine, så da var det jo viktig å få mer hjelp før jeg kunne trekke meg ut av den situasjonen. Sånn at man kjenner jo på ansvaret for kollegene, og sammen

gjøre det *best mulig*, da... I et yrkesliv, så vil jo det påvirke deg enten om du er *her* eller *der*, og *i hvert fall* på et *sånt* sted. Så det er ikke å stikke under en stol – mener jeg – at de som har vært der lengst, har en høyre form for – holdt jeg på å si – en paranoid beredskap – i forhold til å stole eller ikke stole på kolleger og at de gjør det de skal. Og så er det her kanskje spesielt fordi det her er et sted hvor du må stille opp for kolleger i den forstand at hvis du ikke gjør det, så kan *andre* komme alvorlig til skade. Men så har man jo *noe* av det samme *spillet* i somatikken også, med at man for eksempel liker å stå på en *akuttstue* og hjelpe kjempedårlige pasienter hvis du har en annen *pålitelig* sykepleier ved sida di. Det gjør det jo mye lettere. Så sann sett er det jo naturlig at de (kollegene) før eller siden vil prøve å teste deg ut, da.

Også Dina forteller om betydningen av å vise at man «duger». «Folk fikk jo da vite at jeg setter grenser og at jeg ikke alltid er en sånn *våt svamp* som lar seg herse med, da. Jeg har vel kanskje fått vist litt hva jeg står for i arbeidsmiljøet». Samspillet mellom kolleger ser ut til å være avhengig av balanse mellom å gi og få støtte for gjensidig respekt og trygghet i hverandres nærvær.

En av sykepleierne opplevde at kollegaen ble redd og gjemte seg slik at hun ble stående alene med den truende pasienten.

Der fikk vi snakket om det etterpå, og hun *beklaga* jo at hun bare stakk fra situasjonen. For det kjente jeg at var *ikke greit*. I en sånn hendelse så skulle ikke hun ha lukket døra. Da sto du litt aleine. Men vi har jo snakka om det, og det var hennes måte å reagere på, å beskytte seg selv med en gang. Du har jo forskjellige relasjoner til alle kollegaene dine. Noen hadde vært greiere å være i en sånn situasjon med enn andre, de du er trygge på. Da tror jeg du håndterer situasjonene bedre.

Sykepleiernes beretninger viser at kolleger ikke bare har en støttende funksjon, men også utfordrer sykepleierne til å vise at de «duger». Hvordan sykepleieren håndterer situasjonen har betydning for tilliten fra kolleger i møte med nye hendelser.

### 3.7.4 Relasjon til ledelsen

Fem av sykepleierne svarer at en god relasjon til ledelsen hadde betydning for hvordan de håndterte tiden etter hendelsen. Som beskrevet tidligere i kapittelet, kan støtte fra leder ha stor betydning for reetablering av rolleidentiteten etter på ha blitt krenket. Jeg vil her trekke frem noen av sykepleiernes synspunkter på betydningen av *relasjonen* til leder for å oppnå denne støtten. Julie forteller at hun har god støtte fra sin leder ved vanskelige hendelser på jobb. Leder er tilgjengelig 24 timer i døgnet.

Da *må* en jo ha en god relasjon, for hvis du kommer med noe, og blir møtt med:

«Jammen, var det så farlig, da?», så ville jeg ikke meldt neste gang. Da ville jeg ikke brukt leder neste gang. Men her så blir vi ivaretatt, det vi kjenner på er jo det som er reelt, og en jobber ut ifra det. Så å ha en god ledelse, er nesten alfa og omega hvis du kommer i en sånn situasjon.

Der leder står alene ansvarlig for den psykososiale oppfølgingen, formelt eller uformelt, er det av stor betydning at leder har en god relasjon til sine ansatte for at oppfølgingen skal fange opp de som har behov for støtte i etterkant av en vanskelig hendelse.

For Maya medførte den manglende psykososiale støtten fra ledelsen at hun mistet tillit til ledelsen og etter hvert søkte seg bort fra arbeidsplassen.

Det har gjort at jeg etter hvert fikk et dårlig forhold til ledelsen. Jeg hadde stor tiltro og tillit, men at det bare ble dårligere og dårligere. Og at jeg synes at det er jo ikke sånn personlig, for det var jo flere som ble litt involvert i dette... Det skaker jo opp en hel personalgruppe. Det ble egentlig tatt veldig *lite* tak i fra ledelsen sin side. Vi hadde noen fagdager som undervisningssykepleierne satt i gang... Men *ledelsen* var jo ikke – jeg tenker sånn «Kom inn her og ta med deg en kopp kaffe så skal vi slå an en prat, åssen går det med deg?» på en måte, litt mer sånn personlig – det var det *aldri*.

Maya savnet en leder som støttet og anerkjente henne, noe som fikk stor betydning for hennes håndtering av tiden etter hendelsen.

Tre av de ti sykepleiere svarer at relasjon til leder *ikke* har hatt betydning for hvordan de håndterte hendelsen og på kvaliteten på oppfølgingen de mottok. Det er vanskelig på bakgrunn av disse tre eksemplene å se noen klare likhetstrekk mellom den oppfølgingen de



fikk eller hva de trekker frem av betydning for deres håndtering av hendelsen og tiden etterpå. Noe av forklaringen på de ulike synspunktene på betydningen av god relasjon til ledelsen kan ligge i at rutinene for oppfølging på de ulike arbeidsplassene er svært forskjellige.

### 3.7.5 Private relasjoner

Sykepleierne jeg har pratet med har et delt forhold til betydningen av private relasjoner. Kari sier:

Jeg tar sjelden med meg jobben hjem. Ganske flink til å legge fra meg jobben i garderoben, faktisk... Jeg prøver å legge det igjen i garderoben når jeg skal *gå* på jobb også. Det er to forskjellige liv, da. En kan ikke dra med på jobb, om en har krangla med mannen hjemme, så kan en ikke komme på jobb og være sur og grinete på grunn av det, da. Nei, jeg gjør ikke det, altså. Sånn har man vent seg med et langt yrkesliv.

Hun ilegger private relasjoner liten betydning for hvordan hun håndterer vanskelige hendelser på jobb.

Ellen trekker frem ulike former for arbeidsoppgaver som av betydning for hvordan sykepleiere kan håndtere samtidig stress på jobb og privat.

Så kan du jo diskutere om sykepleiere *bør* gå på jobb hvis ikke du har hodet med deg. Jeg innbiller meg jo *fremdeles* at det ville vært lettere hvis jeg jobbet i somatikken. Å gjøre konkrete ting som å legge inn venflon, gi smertestillende, bandasjere, ta EKG – da ville det vært lettere å stå i sånn konfliktpenn som du har med de pasientene. For du *tåler* ikke begge deler. Du kan ikke tåle det både på hjemmebane og på jobb. Det er en jobb hvor de senser når du er sliten eller lei deg eller trøtt, og som gjør at det krever enda mer. Du må stå ganske støtt i deg selv for å gjøre en god jobb der.

I en arbeidssituasjon der man blir konstant utfordret både mentalt og sosialt, kan det være vanskelig å håndtere samtidige konflikter i privatlivet. En arbeidssituasjon med større innslag av praktiske oppgaver kan være lettere å håndtere til tross for manglende støtte fra private relasjoner.

Ellen trekker frem forsørgeransvar som betydningsfullt for hvordan hun håndterer å stå i en arbeidssituasjon med vedvarende trusler.

Det må jeg jo også si at det å komme tilbake dit etter svangerskapspermisjon etter å ha gått hjemme og dulla med en baby og bare kost deg hjemme til å *bombes* tilbake til virkeligheten – Så er nok morsinstinktet ganske høyt til å begynne med og man er ganske redd for at, eller kan se for seg en del scenarier, da, hvor det går ordentlig galt. Og er det *verdt* det på en måte, å være her når jeg har små barn hjemme. Eller er det verdt å gå dit når du kan bli *ufør* bare du snur ryggen til den rette pasienten?

Hun forteller at motivasjonen til å stå i denne jobben har blitt utfordret etter at hun fikk ansvar for små barn på grunn av frykten for å bli alvorlig skadet og ikke kunne ta vare på barna.

Hvem sykepleierne trekker frem av betydning for støtte utenfor jobb varierer, men de har til felles at de har innsikt i sykepleiernes jobbsituasjon. Thorbjørn forteller «Hun jeg bor sammen med jobber også på sykehuset, så en del av de tingene som skjer der nede får man jo lufta ut litt gjennom henne, da». Dina trekker frem betydningen av nettverket innen frivillig redningstjeneste både for å tilegne seg kunnskap og kompetanse og for psykososial støtte.

Min øvelse, spesielt i frivillig redningstjeneste kommer godt med. Min terping om at «En syk og skadet hjelper er en dårlig hjelper» og min kunnskap om egensikkerhet... Både den faglige relasjonen jeg har til *organisasjonen*, og de sosiale relasjonene jeg har sammen med dem som jeg har *vokst* sammen med gjennom noen år her.

Sykepleiernes svar viser at relasjoner utenfor jobb også har betydning for mange. Felles for de uformelle støttepersonene er at de har innsikt i sykepleierens arbeidssituasjon gjennom sitt yrke eller frivillig innsats.

### **3.7.6 Relasjon til voldsutøveren**

På utdypende spørsmål svarer alle at det har betydning om de kjenner pasienten fra tidligere eller ikke. For noen kan kjennskap til voldsutøveren virke som et forvarsel, slik som for Maya. Hun visste at barnefaren hadde aggresjonsproblematikk. På møtet dagen før ble

det tatt forhåndsregler ved valg av møterom for at de skulle ha fluktmulighet. Barnefarens atferd gjorde også at hun ikke turte å gå innerst i rommet den aktuelle dagen da han truet henne. For andre sykepleiere gjorde nettopp kjennskapen til voldsutøveren at den aggressive adferden kom helt uventet. Sofie sier at «Tidligere på dagen hadde denne mannen vært veldig trivelig. Det var ikke noe problem». Julie forteller «Personen er en kjent rusmisbruker... Aldri opplevd han veldig voldelig». Å kjenne voldsutøveren fra tidligere, kan altså gjøre at sykepleieren kan forberede seg og beskytte seg. I andre tilfeller kan tilliten i den etablerte relasjonen medføre at sykepleieren blir overrasket og ikke får beskyttet seg ved uventet atferdsendring.

Kjennskap til pasienten kan ha betydning for hvordan man møter vedkommende. Camilla sier:

Ja, ved å ha en viss relasjon, så er det *lettere å håndtere* det og *letter å unngå* å havne i den situasjonen. Jeg føler i hvert fall at jeg kan gjøre en mye bedre jobb totalt sett når jeg kjenner personen jeg skal hjelpe. Da *veit* jeg hvordan hun vil ha ting, da *veit* jeg noe så praktisk som «Hvor finner jeg utstyret hen?» Sånn at jeg slipper å bruke en halvtime og sette på full flombelysning midt på natta og sånn. Det gjør jo ting *veldig* mye enklere. Det gir en mye bedre opplevelse for brukeren også.

Lise jobbet også i hjemmesykepleien. Hun sier:

Det som kanskje var problemet med hjemmesykepleien, det var ikke en god dialog på forhånd, for vi er veldig mange. Sånn at jeg og han (pasientens sønn) hadde ikke den kjemien at vi kunne sette oss ned og prate om det. Da reagerte han med sinne, og ble truende overfor oss.

Lise har tidligere beskrevet hvordan det å jobbe i pasientens hjem påvirker relasjonene til de man skal hjelpe. Når rammefaktorene i tillegg hindrer kontinuitet for relasjonsbygging, kan det oppstå gjensidig usikkerhet og utrygghet som gjør det vanskelig å håndtere hendelsen.

Julie beskriver betydningen av relasjon til pasienten slik:

Vi har jo andre *gjengangere*, der har jeg merka det. Og det er spesielt en som vi har hatt en del tidligere, han blir fort veldig verbal og truende – veldig truende – men han føler jeg har fått en god relasjon til fordi du tar han på alvor. Du er bestemt, og tydelig, så de

gangene han har kommet og hisser seg opp, så kjenner jeg at jeg har klart å roe han ned fordi at vi har en relasjon. Jeg har sagt at «Husker du den dagen da jeg ga deg fotbad, smurte inn beina dine, da hadde vi det greit – *kan* vi ha det sånn igjen?». Så du kan bygge på det du har gjort før. Det tror jeg er viktig med den typen, med gjengangerne, at vi oppfører oss. Det har litt med det maktmisbruket som ofte kan være i det pasient-pleier-forholdet. At er vi ufine, så blir ikke de gode tilbake heller, og når de er ustabile så – vi skal ikke godta det, men vi må bygge litt relasjon for at vi skal kunne håndtere dem.

Når sykepleieren får muligheten til kontinuitet, bygges tillit og gjensidig respekt som gir utgangspunkt for å håndtere møtet med pasienten på en god måte.

Dina opplevde at nettopp fravær av tidligere relasjon til pasienten gjorde at hun håndterte situasjonen så bra som hun gjorde: «Manglende relasjon tror jeg gjorde at jeg hadde lettere for å sette mine egne grenser». I motsetning til Julie, ser Dina risikoen for å bli manipulert i tette relasjoner. For henne hadde det positiv betydning at hun *ikke* kjente voldsutøveren fra tidligere, fordi hun turte sette sine egne grenser og på den måten håndterte hendelsen på en tydelig og god måte.

## 4 Diskusjon

### 4.1 Drøfting av funnene

I denne oppgaven har jeg presentert funn som fremkom ved å intervju ti sykepleiere fra ulike sektorer av helsevesenet om hva de opplevde at hadde betydning for deres håndtering av en hendelse der de ble utsatt for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen. Det var seks forhold som ble trukket frem av betydning: Egenskaper ved voldsutøveren, det å være forberedt og personlige egenskaper ble beskrevet at hadde betydning for håndtering av selve hendelsen. Fysiske forhold og ramme faktorer var betydningsfullt både for selve hendelsen og tiden etterpå. Reetablering av rolleidentitet og det å finne mening i hendelsen hadde betydning for hvordan flere av sykepleierne opplevde å håndtere tiden etter hendelsen. Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom emosjonsfokuserte- og problemfokuserte mestringsstrategier. Sykepleierne beskrev ulike mestringsstrategier, men emosjonsfokuserert mestring i form av å søke å finne mening er fremtredende hos mange. Dette kan knyttes til sårbarheten som ligger i sykepleierrollen, en rolle som innebærer stort ansvar, men ofte lite kontroll (Benner & Wrubel, 1989).

Flere sykepleiere trekker frem voldsutøverens egenskaper som av særlig stor betydning for vurderingen og håndteringen av hendelsen. Muligheten for å få reetablert rolleidentiteten og hvilken mening man ilegger hendelsen, ser ut til å ha stor betydning for håndteringen av tiden *etter* hendelsen. Dette er forhold som alle peker mot hvilken mening man ilegger hendelsen i tre faser: meningen *i* hendelsen, meningen *bak* hendelsen i form av voldsutøverens egenskaper og motiv for handlingen, og mening *etter* hendelsen i form av å få anerkjennelse og få reetablert integritet og rolleidentiteten som sykepleier.

Å være forberedt og fysiske forhold og ramme faktorer trekkes frem av betydning for muligheten for å oppleve kontroll i situasjonen. Kontroll har betydning for å redusere sårbarhet for å bli krenket og for å styrke vurderingen av muligheter for god håndtering av hendelsen.

Samtidig belyser sykepleierne nye perspektiver på betydningen av opplæring og erfaring, oppfølging og relasjoner. Opplæring og erfaring beskrives som gjensidig avhengige av hverandre. Opplæring og erfaring vurderes som ressurser i møte med et større spekter av utfordrende hendelser. Dette styrker sykepleierne i møte med vold og trusler til tross for at

få har fått opplæring i håndtering av dette. Negative erfaringer kan gi negative forventninger til egen håndtering av nye hendelser.

Sykepleierne ga nye perspektiver på betydningen av relasjoner til kolleger. Kolleger er ikke ensbetydende med psykososial støtte, men kan også utfordre sykepleieren til å vise at man «duger». På grunn av forventninger om støtte, blir skuffelsen desto større der kolleger ikke tilrettelegger for god håndtering av hendelsen. Manglende støtte kan oppleves som et svik.

Oppfølgingen i etterkant av hendelser med vold og trusler er varierende og i mange tilfeller mangelfull. Fokus på vold og trusler er nødvendig for å sørge for at dette blir inkludert som kriterium for å iverksette eksisterende støtteordninger. Administrative rutiner har for mange en viktig funksjon for å oppleve støtte etter hendelsen, men på grunn av store mørketall i registreringen av meldinger, er det fare for å miste mange sykepleiere ved å begrense oppfølgingen til de som melder hendelsen.

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene som fremkom i intervjuene opp mot teori og tidligere forskning. For å belyse kompleksiteten og sammenhengen mellom noen forhold, har jeg valgt å sammenfatte noen av kategoriene fra forrige kapittel. De fire forholdene som vil bli drøftet er: kontroll, fra novise til ekspert – utviklingen av personlige egenskaper, å finne mening og støtte.

#### **4.1.1 Kontroll**

Sykepleierrollen innebærer ofte stort ansvar, men lite kontroll (Benner & Wrubel, 1989). Samtidig har kontroll over situasjonen og over oss selv betydning for hvordan vi føler og mestrer (Lazarus & Folkman, 1984). Ni av ti sykepleiere trakk frem muligheten for å være forberedt som av betydning. Betydningen av å være forberedt kommer tydelig frem der fravær av forvarsel fratar sykepleierne muligheten til å beskytte seg. Elementet med at manglende forvarsel skyldes manglende informasjon fra andre, beskrives som en ytterligere belastning. Lazarus og Folkman (1984) peker på nødvendigheten av personer rundt oss som kan gi oss emosjonell støtte, informasjon og praktisk bistand.

En situasjon oppleves som stressende først når belastningene overstiger tilgjengelige ressurser (Lazarus & Folkman, 1984). Sett i sammenheng med manglende kontroll i sykepleierrollen, kan det tyde på at sykepleierne har begrensede muligheter for å kunne velge mellom ulike mestringsstrategier. Betydningen av forvarsel og det å være forberedt viser hvordan vurderingen av stress og mestring gjøres trinnvist, slik det beskrives av Lazarus og Folkman (1984). Det ser ut til at det ikke nødvendigvis er tilstedeværelse eller fravær av forvarsel som har betydning for opplevelsen av stress, men i hvilken grad forvarselet påvirker sykepleiernes ressurser og muligheter for å håndtere situasjonen. Forvarsel kan ha betydning for grad av opplevd kontroll i situasjonen og hvordan sykepleierne opplever å håndtere situasjonen.

I tidligere forskning ser vi til dels motstridende oppfatninger av betydningen av fysiske forhold for å beskytte mot vold og trusler på arbeidsplassen. Sykepleierne i denne studien, beskriver også ulike synspunkter på betydningen av fysiske forhold for deres håndtering av hendelsen. Muligheten for å skjerme truende pasienter fremkom i flere intervjuer som av betydning for om truslene eskalerte. Det hadde på den måten betydning for å ivareta sikkerheten både til pasienten, sykepleierne og øvrige omgivelser. Enerom og skjermede soner kan redusere skadepotensialet fordi truende personer kan separeres fra personalet samt øvrige pasienter og publikum. Samtidig kan skjermingen medføre at personale som befinner seg alene i disse sonene blir desto mer utsatt. Nye lokaler og omorganisering av helsetjenestene med blant annet økt bruk av poliklinikker og dagbehandling, medfører at stadig mer behandling gjennomføres på enerom der helsepersonell ofte er alene i møte med pasientene. Dette kan medføre en økt sårbarhet i møte med vold og trusler (Waddington, 2008). Å stå alene i en hendelse påvirker både sykepleierens vurdering av tilgjengelige ressurser, men også muligheten for støtte og anerkjennelse. Vurdering av ressurser og tilgang på sosial støtte har betydning for mulighetene for god mestring (Lazarus & Folkman, 1984).

Betydningen av fysiske forhold og rammefaktor for å kunne etablere gode relasjoner, kom frem som et interessant funn, fordi det viser til en bredere betydning av disse forholdene enn tidligere beskrevet i forskning. Det støtter teorier om kontekstens betydning for vurderingen av stress og muligheter for mestring (Benner & Wrubel, 1989; Lazarus & Folkman, 1984). Organisering av sykepleietjenesten har betydning for kontinuitet i kontakten

med brukerne av helsetjenestene og muligheten for å etablere gode relasjoner. Hvor sykepleieren møter pasienter og pårørende kan ha betydning for hvordan begge aktører opplever situasjonen som truende. Dette har betydning spesielt for sykepleiere i hjemmesykepleien som ofte har lite kontinuitet i sin hverdag på grunn det store antallet arbeidsoppgaver de skal betjene og måten dette er organisert på. I tillegg møter de pasienter og pårørende i brukerens eget hjem der det kan være vanskeligere for sykepleieren å sette egne grenser, sammenliknet med sykepleiernes «eget territorium» på institusjon. Betydningen av fysiske forhold både for opplevelsen av å stå alenen og for mulighetene for å skape gode relasjoner til brukerne, tilsier at det er nødvendig med spesielt gode rutiner for forebygging, håndtering og oppfølging av vold for å støtte de ansatte i hjemmesykepleien.

Muligheten for å være forberedt og de fysiske forholdene og ramme faktorer er forhold som har betydning for opplevelsen av kontroll over situasjonen. Opplevelsen av kontroll reduserer opplevelsen av sårbarhet og reduserer med det potensialet for å bli krenket. Dette har betydning for sykepleiernes muligheter for å håndtere truende hendelser og for bearbeidingen etterpå.

#### **4.1.2 Fra novise til ekspert – utviklingen av personlige egenskaper**

Flere av sykepleierne i denne studien beskriver at personlige egenskaper hadde stor betydning for hvordan de håndterte hendelsen. Egenskapene gjorde dem i stand til å håndtere hendelsene på en måte så de unngikk alvorlig skade. Lazarus og Folkman (1984) hevder at det å ha et positivt syn på seg selv, ha egenskaper for problemløsning og tro på at man selv er i stand til å påvirke til et positivt resultat, er viktige psykologiske ressurser for mestring. Deres beskrivelse av egenskaper som bakgrunn for hensiktsmessig håndtering av hendelser, samsvarer med Benners beskrivelse av «embodied intelligence». Benner (2001) beskriver hvordan sykepleieren med tid og erfaring utvikler seg fra «novise» til «ekspert». Gjennom denne prosessen utvikler sykepleieren evnen til å tolke situasjoner intuitivt på grunn av kroppens evne til å lære å kjenne igjen situasjonen, «embodied intelligence». Erfarne sykepleiere kan fange opp faresignaler og handle ut fra sin intuisjon uten bevisst forhold til prosedyrer. Egenskapene utvikles gjennom opplæring og erfaring.



I sykepleiernes synspunkter på opplæring og erfaring kommer det fram at sykepleierne ser disse under ett; de ønsker opplæring, men ser også behovet for å øve og erfare for å kunne beherske ferdighetene å kunne håndtere vold og trusler. Dette samsvarer med Benners (2001) påstand om at «Teoretisk kunnskap ikke er gyldig før den blir omgjort til praktisk kunnskap». Det er allerede utarbeidet opplæringsprogram knyttet til håndtering av vold og trusler som tar hensyn til betydningen av praktisk øving og erfaring i sin pedagogiske tilnærming (Hanssen et al., 1999; Weismann, 2011). Kun tre av sykepleierne i denne studien hadde fått opplæring i håndtering av vold og trusler på arbeidsplassen. De andre hadde tilegnet seg avgjørende kunnskap gjennom videreutdanning, tidligere jobberfaring eller frivillig engasjement.

Sykepleiernes betraktninger om betydningen av opplæring og erfaring tilsier at nytteverdien av opplæring og erfaring ikke er situasjons- og stedsbestemt, men at det oppleves som en ressurs i møte med et større utvalg av utfordrende hendelser. Sykepleiernes evne til å tilegne seg kunnskap og erfaring utenfor arbeidsplassen viser stort ansvar for faglig forsvarlighet, men når så stor andel av de ansatte innehar kompetanse som er ervervet gjennom andre aktører, har arbeidsgiver liten eller ingen oversikt over kompetansen til sine ansatte. Til tross for at vold og trusler på arbeidsplassen er anerkjent som et universelt problem, finnes ikke krav til kompetanseutvikling eller registrering av tiltak rettet mot dette. Til tross for veiledere fra arbeidslivsorganisasjoner (Arbeidstilsynet, 2009; Norsk sykepleierforbund, 2009), er fokus på forebygging og opplæring fremdeles begrenset i praksisfeltet. Utsatthet for vold og trusler heller ikke omtalt i Rammeplanen for sykepleierutdanningene (Kunnskapsdepartementet, 2008).

#### **4.1.3 Å finne mening**

Samlet ser vi at mange av forholdene sykepleierne beskriver at har betydning for deres håndtering av hendelsen og tiden etterpå, handler om å finne mening. Mening handler om å forsøke å forstå, forklare eller å gjøre en hendelse håndterbar i ettertid, og synes i dette utvalget å være viktig for å forstå handlingen, bearbeide hendelsen og finne motivasjon i sykepleierollen. Meningsaspektet kom tydeligst fram i de tre kategoriene som omhandlet egenskaper ved voldsutøveren, mening i hendelsen og reetablering av rolleidentitet.

Sykepleierne beskrev at det hadde stor betydning hvilke egenskaper de tilla voldsutøveren. Egenskapene hadde betydning for om voldsutøveren ble vurdert som «syk» eller «ond», og dermed om handlingene var tilfeldige eller med hensikt å påføre skade. Voldsutøverens psykiske tilstand (Svalund, 2009), vurdering av om voldsutøveren er «syk» eller «ond» (Bain & O'Brien, 2008) og hans utseende og kriminelle fortid (Waddington, 2008) er trukket frem også i tidligere forskning. Jeg hadde imidlertid ikke forventet at det skulle være det eneste forholdet som ble trukket frem av *alle* sykepleierne som av betydning for deres håndtering av hendelsen. I hendelsene der sykepleierne har blitt utsatt for vold eller trusler fra en pasient, ser det ut til at de går langt på vei for å finne forklaringer på pasientens handlinger i hans fysiske eller psykiske sykdom. Sykepleierne *tåler* mer fra den som er syk enn fra den som bevisst ønsker å påføre andre skade. Dette skillet ser vi også i lovverket. En person som blir vurdert strafferettslig utilregnelig, er syk og idømmes behandling fremfor fengselsstraff (Beredskapsdepartementet, 2014). Sykdom skal sykepleiere tåle, enten pasienten kan kureres eller bare lindres. Vi tåler kanskje mer fra de vi kan speile oss i – mennesker som *innerst* inne ønsker å gjøre gode gjerninger. Det er lettere å finne mening i situasjonen når det å påføre andre smerte var en utilsiktet handling.

Samtidig som sykepleierne går lang for å forstå volden fra pasientene som utilsiktede handlinger, er det interessant å se at sykepleierne som ble utsatt for trusler fra pårørende, ikke i samme grad unnskylder handlingene. Å bli truet vekk fra muligheten til å hjelpe en pasient kan oppleves som meningsløst. Dette viser til et behov for å finne mening i hendelsen, som mange av sykepleierne trekker frem at har hatt stor betydning. Å finne mening i hendelsen vil være tema i neste del av drøftingen.

For flere av sykepleierne var det viktig å se en rettferdig dom for å håndtere tiden etter hendelsen. Dette kan på lik linje med betydningen av å stå i jobb etter hendelsen beskrives som en måte å overvinne den meningsløse volden, samtidig som det bekrefter rolleidentiteten til sykepleierne. Det kan sette selve hendelsen, motivet bak handlingen og synet på egen håndtering av hendelsen i et nytt lys og være av betydning for hvordan sykepleieren håndterer tiden etter hendelsen. Når straffereaksjonene i tillegg kan ha en forebyggende funksjon gjennom eksempelets makt, kan det gi en ytterligere dimensjon til betydningen av å varsle og anmelde hendelser med vold og trusler.

I et fenomenologisk perspektiv kan vi ikke se voldsutøveren alene. Relasjonen mellom den som utøver og den som utsettes for vold og trusler er av betydning. På spørsmål om sykepleiernes syn på betydning av relasjon til pasienten, svarer flere av sykepleierne at de opplevde det å ha en relasjon til pasienten som en trygghet og ramme for gjensidig respekt. Samtidig påpekte en sykepleier at hun opplevde at tidligere relasjon til pasienten ville vært en ulempe fordi det kunne gjøre det vanskeligere å sette egne grenser. Dette er et interessant perspektiv som kan ha betydning blant annet for planlegging av sykepleietjenesten ved de ulike arbeidsplassene. Primærsykepleie som metode for å organisere sykepleietjenesten er vanlig i både somatikken og i psykiatrien. Metoden dyrker betydningen av trygge relasjoner mellom pasient og pleier. I planlegging av sykepleietjenesten bør man være bevisst at tette relasjoner kan gjøre både pasient og pleier mer sårbare.

Å bli utsatt for fysisk vold gir oftest et umiddelbart utfall. Vurderingen av skadepotensialet og påfølgende reaksjon utløses på grunnlag av dette. En trussel, derimot, varsler om en hendelse som *kan* skje. Opplevelsen av mening *bak* og *i* hendelsen kan endre seg på grunnlag av ny informasjon. Når det tilkommer ny informasjon i etterkant av en trussel, må vi påvurdere situasjonen og våre muligheter for å håndtere situasjonen på nytt. Det kan medføre at det utløses reaksjoner lang tid etter den faktiske hendelsen. Å finne mening i hendelsen har på denne måten spesiell betydning i møte med trusler. Endret oppfatning av mening i hendelsen på bakgrunn av ny informasjon samsvarer med Lazarus og Folkmans (1984) beskrivelse av revurdering som ledd i vurdering av en situasjon som stressende. På bakgrunn av ny informasjon kan hendelsen få ny mening. De fleste metoder for psykososial oppfølging etter vanskelige hendelser innebærer støttesamtaler kort tid etter hendelsen. Det er en fare for at sykepleiere som opplever at de i etterkant av hendelsen endrer sin vurdering og av hendelsen og får nye reaksjoner på bakgrunn av dette, ikke fanges opp av støtteordningene. Manglende støtte og anerkjennelse kan ha betydning for opplevelsen av mening *etter* hendelsen, ved tapt rolleidentitet og integritet. Å finne mening i tiden *etter* hendelsen er tema for den videre drøftingen.

Ettersom opplevelsen av krenkelse ligger til grunn for behovet for reetablering av rolleidentitet, må vi ta hensyn til hva sykepleieren beskriver som krenkende for å forstå betydningen av anerkjennelse. I oppfølgingen av sykepleiere som utsettes for vold og trusler

vi det derfor være av stor betydning å ta utgangspunkt i den voldsutsattes egen opplevelse av situasjonen. Å få anerkjennelse og få reetablert integritet og rolleidentitet som sykepleier kan oppleves meningsfylt og som nødvendig for å ha videre motivasjon og engasjement. Manglende anerkjennelse kan oppleves som en ny krenkelse og gjøre det vanskelig å finne mening i engasjementet som sykepleier og dermed gjøre det vanskelig å håndtere tiden etter en hendelse. Sykepleieren kan oppleve utbrenthet (Svalund, 2009). Tidligere viste jeg til Ellens beretning om belastningene ved en vedvarende trusselsituasjon. Dette beskriver et bilde på tap av mening i rollen som sykepleier. Maya beskrev hvordan hendelsen påvirket hennes tilnærming til jobben og valget om å slutte. Med Maya og Ellen forsvinner totalt 20 års erfaring fra de respektive arbeidsplassene.

Lazarus og Folkman (1984) påstår at tro og engasjement gjør oss mer sårbare, men samtidig øker vår motivasjon for å finne løsninger og opprettholde håpet. Beretningene til sykepleierne i denne studien belyser hvordan troen på det meningsfulle i hendelsen og i rollen som sykepleier gjør dem sårbare for krenkelser, men kan samtidig gi motivasjon til å stå i situasjonen og i rollen som sykepleier også etter hendelsen. Sykepleiere som opplever trusler som vedvarer eller der ny informasjon endrer vurderingen av trusselen, er utsatt for ytterligere sårbarhet ettersom deres reaksjoner står i fare for ikke å fanges opp.

#### **4.1.4 Formell og uformell støtte**

Sykepleiernes beretninger viser et stort spenn av ulike metoder og ulikt fokus på oppfølging etter vold og trusler; formell og uformell støtte fra leder, formell og uformell kollegastøtte. I denne studien var sykepleierne unisone i sin oppfatning av at gode administrative rutiner er viktig for at de skal oppleve en god oppfølging. Tidligere forskning har i stor grad fokusert på betydningen av formell og uformell støtte fra kolleger og ledelsen. Rutiner for å melde hendelsene har blitt omtalt som betydningsfullt først og fremst for å fange opp flest mulig hendelser, ikke som et selvstendig forhold for opplevelse av støtte etter en vanskelig hendelse. Sykepleiernes beskrivelser av betydningen av rutiner for å melde hendelsen, fremkom derfor som et interessant perspektiv i denne studien. Tidligere forskning påpeker at mange opplever mindre støtte etter trusler enn etter hendelser med fysisk vold (Gates et al., 2008). Den fysiske volden er mer synlig enn trusler. Rutiner for å

melde hendelser kan bidra til å synliggjøre trusselen som en belastende hendelse med behov for støtte og anerkjennelse på lik linje som fysisk vold. Meldesystemet gjør det mulig for den utsatte sykepleieren selv å definere hendelsen og på denne måten legge til rette for at det blir iverksatt oppfølging ut fra individuelle behov. Samtidig må vi ha bevissthet rundt sårbarheten ved å tillegge denne praktiske eller administrative formen for støtte for stor del av oppfølgingen. Det bør ikke anses som erstatning for psykososial støtte, spesielt fordi vi vet det er store mørketall knyttet til melding av hendelser om vold og trusler (Arbeidstilsynet, 2009; Breakwell, 1999; Norsk sykepleierforbund, 2009). Støtte som begrenses til de som melder hendelsen selv, vil derfor anslagsvis kun fange opp rundt halvparten av de utsatte.

Sykepleierne i denne studien forteller om to ulike former for psykososial støtte på arbeidsplassen; kollegastøtteordning og en støttende leder. Sistnevnte støtteordning beskrives i hovedsak som uformell oppfølging i mangel på formelle rutiner.

De ulike formene for psykososial oppfølging kan begge gi de ansatte opplevelse av anerkjennelse og tilrettelegge for god håndtering av tiden etter en vanskelig hendelse. Støtteordninger som belager seg på *kun* leder, blir spesielt sårbare både ved fravær, men også på grunn av faren for at én person alene ikke fanger opp alle potensielt vanskelige hendelser. Kollegastøtteordning kan være sårbar dersom det mangler definert ansvar for oppfølging etter vold *og* trusler, samt rutiner for vikarer ved fravær, men på grunn av at det omfatter flere ansvarspersoner, gjør denne metoden det mulig både praktisk og relasjonelt å favne om flest mulig av de ansatte. Kollegastøttere er personer som er utpekt som ressurspersoner på grunn av deres engasjement og egnethet. Dette kan sørge for at kollegastøtteordning fanger opp flere ansatte på en bedre måte enn en leder som sitter alene med ansvar for den psykososiale oppfølgingen i tillegg til andre lederoppgaver.

Støtte fra kolleger har blitt trukket frem som av stor betydning i tidligere forskning (Ellingsen & Lungwitz, 2003). På grunnlag av dette, hadde jeg forventet at støtte fra kolleger ville bli trukket frem som av stor betydning for anerkjennelse og reetablering av rolleidentitet. I disse ti intervjuene, derimot, kom det frem et nyansert syn på kolleger. Kolleger ble trukket frem som en ressurs for å kunne stå i jobb, men også som et svik når de ikke støtter opp som forventet. Vi har også hørt beretninger om kolleger som motivasjon for å vise at man «duger». Å vise at man «duger» ble trukket frem som av betydning i

situasjoner der kolleger er truet på livet, men det blir også trukket frem at det har betydning å hevde seg i andre situasjoner der kolleger er avhengig av støtte for å lykkes med å gjøre jobben sin.

Flere av sykepleierne fortalte også om betydningen av å ha kolleger tilstede i situasjonen som de kunne ha uformell refleksjon sammen med i etterkant av hendelsen. Refleksjonen hadde betydning for opplevelsen av psykososial støtte, men også for å kunne lære av hendelsen og utvikle seg som sykepleier. I dag blir det bygget nye sykehus med flere enerom, poliklinikker og spesialenheter der sykepleierne i stadig større grad jobber én til én med pasientene. I tillegg overføres flere somatiske og psykiatriske pasienter til hjemmebasert omsorg. Hva skjer med den uformelle kollegastøtten, muligheten for felles refleksjon og anerkjennelse når møtepunktene forsvinner?

## **4.2 Drøfting av metoden**

I metodekapittelet beskrev jeg metodologisk ståsted og mine valg for gjennomføring av studien. I dette delkapittelet vil jeg drøfte hvordan mine valg kan ha innvirket på resultatene i studien og i hvilken grad funnene er overførbare.

### **4.2.1 Pålitelighet**

Pålitelighet eller reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Det handler om muligheten for at et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2012). Det innebærer at jeg må gjøre rede for hvordan mine valg har påvirket resultatet av studien. Mine erfaringer som sykepleier, og som utsatt for vold og trusler på arbeidsplassen, har hatt betydning for mitt valg av tema i denne oppgaven. Jeg er opptatt av tverrfaglighet i helsetjenestene, og ønsket opprinnelig å intervju ulike helsearbeidere, men så det raskt som hensiktsmessig å konsentrere meg om sykepleiere for lettere å kunne drøfte funnene opp mot hverandre.

Fordi jeg gikk inn i denne studien uten klare hypoteser, ønsket jeg meg en spredning i type hendelser, type arbeidsplass, alder og erfaring. Fire av sykepleierne var utsatt for vold eller forsøk på vold, de seks andre var utsatt for verbale trusler. Deltakerne representerer

voksen- og barneavdelinger, somatikk, hjemmebasert omsorg, psykiatri og geriatri. Det er spredning også i alder og erfaring, men som tidligere beskrevet hadde kun to av sykepleierne mindre en fem års erfaring. Funnene i studien må derfor forstås på bakgrunn av at deltakerne i hovedsak er ekspertsykepleiere.

Intervjuenes pålitelighet har å gjøre med om deltakeren ville endre sine svar i et intervju med en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2012). På den ene siden må jeg være bevisst på muligheten for at mitt kjennskap til flere av deltakerne og hvordan jeg har formulert meg i informasjonsskrivet kan ha påvirket deltakerne til å svare ut fra hva de ventet at jeg ville høre. På den annen side kan min bakgrunn som sykepleier og personlige kjennskap til flere av deltakerne ha bidratt til å lette kommunikasjonen og på denne måten redusere den asymmetriske relasjon mellom intervjuer og deltaker som beskrevet av Malterud (2013). For å begrense mulige forventninger fra deltakerne og tilrettelegge for god kommunikasjon, ble informasjonsskriv sendt ut på forhånd og muntlig informasjon gitt i forkant av intervjuet for felles forståelse av tema for intervjuet.

Jeg opplevde at samtalene med sykepleierne gikk lett ettersom vi hadde felles forståelse for faglige uttrykk og for kulturen i helsevesenet. Jeg opplevde også at vår felles fagbakgrunn gjorde at de delte refleksjoner med meg som jeg ikke nødvendigvis hadde fått tilgang til hvis jeg ikke hadde hatt samme bakgrunn. Som sykepleier ble det også lettere å komme i kontakt med flere intervjuobjekter med samme bakgrunn. Feltkunnskap og teoretisk bakgrunn er viktige forutsetninger for å samle inn data fra relevante kilder (Malterud, 2013).

For å få frem sykepleiernes *egne* beskrivelser av sin håndtering av hendelsen, valgte jeg et design med åpne spørsmål innledningsvis, for å la sykepleierne prate fritt. For å få innspill på min egen forforståelse og begrepsbruk, har det vært nyttig å ha sykepleiere fra ulike sektorer med ulike perspektiver på problemstillinger og rammefaktorer knyttet til vold og trusler. I tillegg opplevde jeg stor nytte av innspill fra personer utenfor sykepleien for nye perspektiver. Beskrivelsene som fremkom i intervjuene var i mange tilfeller rike og detaljerte, andre mer kortfattet, men alle beskrev forhold som hadde betydning for deres håndtering av hendelsen og tiden etterpå. Jeg fikk 99 sider transkriberte intervjuer. Deltakerne ble anonymisert i de transkriberte intervjuene for å hindre gjenkjennelse, men dialekttrekk ble beholdt frem til publisering for å hindre at nyanser i språket skulle gå tapt.

Dette for å etterstrebe god pålitelighet i transkiberingen. Deltakerne fikk mulighet til å godkjenne sitater og meninger som fremkom i oppgaven før publisering.

Analysemetode ble valgt etter å ha studert ulike metoder som var presentert av Malterud (2013) og Kvale (2012). Jeg vurderte systematisk tekstkondensering som best egnet for å få frem sykepleiernes egne beskrivelser av håndtering av vold eller trusler. I denne prosessen benyttet jeg regneark for å lage en tabell for systematisering av sitater etter meningsbærende enheter og navngi dem etter hvor og fra hvem sitatene var hentet. Tabellen ble laget for at det skulle være lettere for andre å gå tilbake å se på påliteligheten i analyseprosessen. Tabellen var til stor hjelp for å trekke ut innhold fra de meningsbærende enhetene og sammenfatte dette.

#### 4.2.2 Gyldighet

Gyldighet eller validitet i samfunnsvitenskapene dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Gyldigheten i funnene er blant annet avhengig av om det er samsvar i begrepsbruken gjennom forarbeidet med oppgaven, under intervjuene og ved bearbeiding av dataene. Hvilke begreper man bruker er avgjørende for hvilken forståelse man får for et fenomen. Kategoriene vi finner blir en blanding av det de faktisk sier, og kunnskap vi allerede har om fenomenet vi ønsker å studere. I prosessen så jeg at begrepsbruken i problemstillingen var misvisende for hva jeg etterspurte, nemlig sykepleiernes håndtering av hendelsen. Jeg endret som følge av dette problemstillingen. Begrepsbruken i intervjuguiden og informasjonsskriv har hele tiden vært rettet mot *håndtering* og ikke *mestring* som først inngikk i problemstillingen. Jeg anser det derfor som lite sannsynlig at sykepleierne har blitt påvirket av endringen av begrepsbruken i problemstillingen.

Gyldighet er også avhengig av hvilke kategorier jeg har valgt for de meningsbærende enhetene og som grunnlag for drøfting. I prosessen med analyse av intervjuene og i prosessen med å drøfte funnene, har jeg måttet ha et bevisst fokus på å trekke frem beskrivelser av sykepleiernes håndtering av hendelsen, ikke hendelsen i seg selv.



Teorier knyttet til mestring er av stor relevans for forståelse av sykepleieres håndtering av vold og trusler. Til tross for at jeg opplever at mestringsteoriene til Lazarus og Folkman og Benner og Wrubel har gitt meg en god bakgrunn for tolkning av sykepleiernes håndtering av hendelsene, ser jeg at tydeligere fokus på *håndtering* i tidlig fase av oppgaven kunne ha påvirket mitt valg av teorier. Antonovsky og Bandura er eksempler på andre teoretikere som kunne gitt interessante perspektiv på temaet sykepleieres håndtering av vold og trusler.

#### **4.2.3 Overførbarhet**

Forskning gjøres ikke i et vakuum. All forskning gjøres med den forutsetning at funnene skal være gyldige for flere enn akkurat personene som ble undersøkt. Generaliserbarhet i statistisk forstand vil aldri være mulig i en liten kvalitativ studie. Målet med kvalitativ forskning er heller ikke total generaliserbarhet, men overførbarhet for å oppnå ekstern validitet (Malterud, 2013).

Forskning er praksis der vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres (Malterud, 2013). Teoretisk kunnskap er ikke gyldig før den blir omgjort til praktisk kunnskap (Benner, 2001). Jeg har valgt en praksisnær oppgave. Kunnskapen skal innhentes fra praksisfeltet, og resultatene mine må også formuleres i et språk og format som kan benyttes i praksisfeltet. Oppgaven retter seg i hovedsak mot sykepleietjenesten, men kan også være relevant for andre helseprofesjoner. Jeg håper jeg har truffet sykepleietjenesten som målgruppe med valg av tema, teori og begreper, men at jeg samtidig bruker et språk og en fremstilling som gjør den lesbar for andre interesserte. Deltakerne representerer et stort spekter av sykepleietjenesten og flere landsdeler. Oppgaven bør derfor ha relevans for mange innenfor fagfeltet. Ti deltakere er ikke mange nok til å kunne tolkes som universelle funn, men mange nok til å beskrive både variasjon og likheter som gir oss grunnlag for bedre forståelse av hvilke forhold som kan ha betydning for sykepleieres håndtering av vold og trusler.

En stor del av litteraturen om vold og trusler mot sykepleiere er basert på internasjonal forskning. Den norske forskningen på vold og trusler i arbeidslivet er i stor grad fra andre yrkesgrupper. Det har vært gjort omfattende forskning over flere år blant annet i kriminalomsorgen og barnevernet (Hammerlin & Rokkan, 2012; Svalund, 2009). Fremdeles er det mangelfull forskning på hva sykepleiere under norske forhold opplever at har

betydning for hvordan de håndterer å bli utsatt for vold eller trusler. Nylig har det vært flere innslag i landsdekkende media som har belyst problematikken med vold og trusler i helsevesenet. Dette viser at det ikke er et fenomen som er forbeholdt psykiatriske institusjoner, men det er gjort lite forskning som belyser forholdene på tvers av ulike sektorer av helsevesenet. Fremdeles gjenstår et stort arbeid i å tilrettelegge for forebygging, håndtering og oppfølging av vold og trusler mot sykepleiere i Norge. Denne studien kan bidra med å belyse hva sykepleiere fra ulike sektorer av helsevesenet opplever at har hatt betydning for deres håndtering av en hendelse der de ble utsatt for vold eller trusler om vold og kan derfor gi nyttige innspill i forhold til hvordan arbeid med vold og trusler kan tilrettelegges i på ulike arbeidsplasser.

## 5 Konklusjon

Vold og trusler i helsevesenet er et universelt problem, men har fremdeles begrenset oppmerksomhet sammenliknet med andre former for vold, som blant annet vold i nære relasjoner. Den senere tiden har problematikken hatt økt fokus i media. Mange arbeidsplasser mangler fremdeles rutiner for forebygging, håndtering og oppfølging etter slike hendelser. Denne oppgaven presenterer beskrivelser som kan gi dypere innsikt i hva som har betydning for hvordan sykepleiere håndterer å bli utsatt for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen. Det er et område som har blitt lite berørt av tidligere forskning og kan være et nyttig bidrag i arbeidet med forebygging, håndtering og oppfølging av hendelser med vold og trusler i helsevesenet. Ettersom sykepleierne representerer ulike sektorer av helsevesenet, kan oppgaven være interessant for et bredt spenn av sykepleietjenesten.

I denne oppgaven har jeg gjennom forskningsspørsmålet «Sykepleiere som utsettes for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen – Hvilke forhold har betydning for deres håndtering av hendelsen?» fått beskrivelser av hva ti sykepleiere selv trekker frem som av betydning for deres håndtering av hendelsen. Sykepleierne beskrev ulike forhold av betydning, men forhold som påvirket den emosjonsfokusert mestringen i form av å søke å finne mening vektlegges av mange. Dette kan knyttes til sårbarheten som ligger i sykepleierrollen. Sykepleierne risikerer å bli utsatt for ytterligere sårbarhet ved at manglende fokus på problematikken medfører mangelfull opplæring og rutiner for oppfølging og at mange hendelser ikke fanges opp, spesielt gjelder dette trusler. Får å kunne bidra ytterligere i arbeidet med forebygging, håndtering og oppfølging av hendelser med vold og trusler, ville det være nødvendig i større grad å kartlegge innholdet i den opplæringa og oppfølginga som deltakerne allerede innehar i et større utvalg.

# Litteraturliste

Arbeidstilsynet. (2002). Rett hjem. Bedre hverdag i hjemmetjenesten. (pp. 52):

Arbeidstilsynet.

Arbeidstilsynet. (2009). Vold og trusler på arbeidsplassen. forebygging, håndtering og oppfølging: Direktoratet for arbeidstilsynet.

Bain, E., & O'Brien, R. (2008). *In Healthcare or Anywhere, Violence is a Crime: Holding Perpetrators Accountable: Massachusetts Nurses Association efforts on behalf of nurses and other victims of workplace violence in the health sector*. Paper presented at the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector - Together, Creating a Safe Work Environment, Amsterdam, Nederland.

Benner, P. (2001). *From Novice to Expert*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness* (N. Evans Ed.). California: Addison-Wesley Publishing Company. Health Sciences Division.

Straffeloven, §127-128 C.F.R. (2014).

Bjørklund, R. A. (1997). *Politipsykologi*. Oslo/Nesbru: Vett og Viten AS.

Bowie, V. (2011). An emerging Awareness of the Role Organizational Culture and Management Style Can Play in Triggering Workplace Violence. In M. R. Privitera (Ed.), *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings* (pp. 43-53). Boston, USA: Jones and Bartlett Publishers.

Breakwell, G. (1999). *Coping with Aggressive Behaviour*. Leicester, UK: British Psychological Society.

Celik, S. P., & Celik, Y. (2008). *Positive working environment: Violence against nurses in Turkey*. Paper presented at the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector - Together, Creating a Safe Work Environment, Amsterdam, Nederland.

Currier, G. W., & Santos, E. J. (2011). Violence in Medical and Psychiatric Emergency Services. In M. R. Privitera (Ed.), *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings* (pp. 83-89). Boston, USA: Jones and Bartlett Publishers.

- Dyregrov, A. (1989). Caring for Helpers in Disaster Situations: Psychological Debriefing. 2. Retrieved from [www.krisepsykolgi.no](http://www.krisepsykolgi.no) website:
- Eid, J., & Johansen, B. H. (2006). *Operativ psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ellingsen, K. E., & Lungwitz, D. (2003). Høy trivsel i voldsutsatt arbeidsmiljø. *Nordisk sosialt arbeid*, 4, 201-209.
- Gates, D., Gillespie, G., Margaret, M., & Patricia, H. (2008). *Violence by Patients and Visitors Leads to Physical and Psychological Responses for Pediatric Emergency Department Workers*. Paper presented at the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector - Together for a Safe Work Environment.
- Hagen, I. M. (2010). Vold og trusler om vold i offentlig sektor II: Mellom kallsetikk og HMS - en intervjuundersøkelse. Allkopi: FAFO.
- Hahn, S., Needham, I., Hantikainen, V., Müller, M., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. G. (2008). *Violence against health care staff in general hospitals: An underestimated problem?* Paper presented at the first International Conference on Workplace Violence in the Healthcare Sector - Together, Creating a Safe Work Environment, Amsterdam, Nederland.
- Hammerlin, Y., & Rokkan, T. (2012). Vold og trusler mot tilsatte i kriminalomsorgen. Sluttrapport 2004-2010. Mørketall. Oslo: Kriminalomsorgens Utdanningscenter, KRUS.
- Hanssen, B. P., Stakseng, O., Stangelang, A., & Urheim, R. (1999). *Sikkerhet og omsorg - Møte med aggresjon og vold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 5 (2003).
- International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International. (2002). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector (pp. 30). Geneva: International Labour Organization.
- Kingma, M. (2008). *From Workplace Violence to Wellness*. Paper presented at the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector - Together, Creating a Safe Work Environment, Amsterdam, Nederland.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning: Kunnskapsdepartementet.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Andersen & J. Rygge, Trans. Vol. 2). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Miller, J. M. (2011). Incident Control, Attack Avoidance, Escape, and Physical Self Protection Training in Healthcare Settings. In M. R. Privitera (Ed.), *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings* (pp. 163-178). Boston, USA: Jones and Bartlett Publishers
- Mitchell, J. T. (2009). Critical Incident Stress Debriefing (CISD). *I-Trauma*.
- NOA. (2009). Årattall 47 yrkesgrupper utsatt for vold eller trusler om vold.  
[www.arbeidshelsen.no](http://www.arbeidshelsen.no): NOA Overvåkningsverkøy.
- HR-2011-01997-A, (sak nr. 2011/1262), straffesak, anke over dom (2011).
- Norsk sykepleierforbund, A. S., HSH, FO, Fagforbundet og KS. (2009). Trusler og vold på arbeidsplassen - arbeidsbok.
- Olsen, G., Bjørkdal, A., Hanssen, B. P., & Høyset, J. (2008). *Introducing the Bergen training model in psychiatric in-patient care in Stocholm*. Paper presented at the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector - Together, Crating a Safe Work Enironment, Amsterdam, Nederland.
- OsloUniversitetssykehus. (2011). Volsrisikovurdering ved innleggelse og utskrivning (pp. 1-2). Psykisk helse og avhengighet: Øystein Mæland.
- OsloUniversitetssykehus. (2012). Nyansattopplæring ved Klinikk PHA (pp. 1-3). Psykisk helse og avhengighet: Johnny Olsen.
- OsloUniversitetssykehus. (2013a). Håndtering av vold og trusler mot ansatte ved NSHP (pp. 1-1). Psykisk helse og avhengighet/Psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner, avdeling/Nasjonalt senter for høyrse og psykisk helse, seksjon (NSHP): Thor Børre Sengesland.
- OsloUniversitetssykehus. (2013b). Veiledning i forebygging og håndtering av vold og trusler - security (pp. 1-1). OUS Nivå 1/Styringssystem og ledelse/Sikkerhet-security: Geir Teigstad.
- Parrinello, K., & Miller, k. D. (2011). Workplace Violence in the Healthcare setting - An Administrative Perspective. In M. R. Privitera (Ed.), *Workplace Violence in Mental and General Healthcare settings* (pp. 59-71). Boston, USA: Jones and Bartlett Publishers.

- Perlt, D., & Meldgaard, T. H. (2008). *Violence as a Form of Expression: Danish experiences with the prevention of violence in the Social and Health Sectors*. Paper presented at the the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector - Together, Creating a Safe Work Environment, Amsterdam.
- Privitera, M. R. (2011). *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers.
- Privitera, M. R., & Arnetz, J. (2011). Effect of Workplace Violence on Staff, Institution and Quality of Patient Care. In M. R. Privitera (Ed.), *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings* (pp. 29-39). Boston, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Rampersaud, P. (2008). *New Emergency Nurses Description of Transitioning to an Experienced Emergency Nurse: The Impact of Workplace Factors*. Paper presented at the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector - Together, Crating a Safe Work Environment, Amsterdam, Nederland.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2009). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Review). 1. Retrieved from <http://www.thecochranelibrary.com> website:
- Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H. S., Lau, B., Heir, T., & Weisæth, L. (2011). Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i arbeidslivet *Stami-rapport* (Vol. Årgang 12, nr 3 (2011), pp. 50). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Svalund, J. (2009). Vold og trusler om vold i offentlig sektor (Vol. 30/2009): Fafo.
- Tabone, H., Laing, G., & Privitera, M. R. (2011). National and International Organization Approaches to Workplace Violence in Healthcare Settings. In M. R. Privitera (Ed.), *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings* (pp. 91-100). Boston, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Waddington, P. A. J. (2008). *The management and non-management of workplace violence in the health care environment*. Paper presented at the first international Conference on Workplace Violence in the Health Sector - Together, Creating a Safe Work Environment, Amsterdam, Nederland.

- Weismann, R. L. (2011). Staff Safety and Workplace Violence Education (SAVE) Training. In M. R. Privitera (Ed.), *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings* (pp. 151-160). Boston, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Weisæth, L., Winje, D., Ekeberg, Ø., Daae, C., Swensen, E., Myrvang, H. T., & Kornør, H. (2006). Psykososial tiltak ved store ulykker og katastrofer (Vol. 8-2006, pp. 38). Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.
- WHO. (2002). World Report on Violence and Health: WHO.
- Wilhelmsen, M. (2010). Levekårsundersøkelsen 2009: Statistisk sentralbyrå.



# Vedlegg

1. Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Database (NSD)
2. Informasjonsskriv til deltakere
3. Informasjonsskriv til ledere
4. Intervjuguide

## Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hankelibråegata 2  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 11  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr: 985 321 884

Gertrud Sofie Hafstad  
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
Unirand  
Kirkerveien 166, Bygning 48  
0407 OSLO

Vår dato: 11.09.2013

Vår ref:35253 / 3 / V8

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35353	<i>Sykepleiere som utsettes for vold og trusler på arbeidsplassen – Hvilke faktorer har betydning for deres opplevelse av mestring?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Gertrud Sofie Hafstad</i>
Student	<i>Rikke Guldbrandsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjeves oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pro.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Nantvedt Kvalheim

Marianne Bøe

Marianne Bøe tlf 55 58 25 83  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Rikke Guldbrandsen, Meiselen 14, 3030 DRAMMEN

Arbeidsprosedyrer / Data / Offis:

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 3055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 71, nsd@iuh.uio.no  
DRAMMEN NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, P.O. Box 40, 2007 Drammen. Tel: +47 72 58 09 07, nsd@iuh.ntnu.no  
OSLO NSD: MD, Universitetet i Science, 5037 Science, Tel: +47 22 84 41 35, nsd@iuh.uio.no

## Vedlegg 2

### Informasjon til deltakere

#### Bakgrunn

Dette er en forespørsel om å delta i intervju for min masteroppgave. Oppgaven er ledd i studieretningen Erfaringsbasert master i vold og traumatisk stress ved Universitetet i Oslo. Veilederne mine er Gertrud Sofie Hafstad og Lars Weisæth. Temaet for oppgaven er «Sykepleiere som opplever vold og trusler om vold på arbeidsplassen – Hvilke faktorer har betydning for deres opplevelse av mestring?» Hensikten med intervjuene er å få innblikk i dine egne beskrivelser av hva du opplevde som betydningsfulle for din praktiske og følelsesmessige håndtering av en hendelse der du ble utsatt for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen. Deltakere blir rekruttert fra ulike sektorer av helsevesenet. En forutsetning for deltakelse er at du er sykepleier og har opplevd å bli utsatt for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen. Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg fylle ut samtykkeskjema og returnere det til meg. Skjemaet kan etter avtale returneres på intervjudagen.

#### Praktisk gjennomføring

Jeg vil selv foreta alle intervjuene. Disse vil bli gjennomført på et egnet lokale der du selv måtte ønske. Intervjuet vil vare ca én time. Din leder er informert om at jeg intervjuer ansatte, men gjøres ikke kjent med hvem jeg intervjuer eller informasjon som fremkommer under intervjuet dersom du ikke selv ønsker at det bringes videre. Jeg har taushetsplikt gjennom Lov om Helsepersonell, og alle opplysninger som kommer fram i intervjuet vil bli behandlet **konfidensielt**. Jeg må likevel informere deg om at jeg har meldeplikt dersom det skulle fremkomme informasjon som indikerer at du eller andre kan være utsatt for fare. Det vil bli benyttet opptaker under intervjuene, for å sikre at alle detaljer i intervjuet kommer med. Intervjuene blir transkribert av meg og anonymiseres før data blir presentert. De transkriberte intervjuene blir lagret på PC med passordbeskyttelse og slettes i likhet med opptakene ved publisering av oppgaven. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn til dette. Materiale knyttet til ditt intervju vil da bli slettet. Prosjektet forventes avsluttet i mai 2014.

#### Oppfølging

Dersom hendelsen(e) som blir tatt opp under intervjuet vekker følelser eller tanker som du ønsker å snakke videre om, oppfordrer jeg deg til å ta kontakt med bedriftshelsetjenesten og/eller kollegastøtteordning på arbeidsplassen. Jeg kan bistå med å videreformidle kontakt om ønskelig.

Med vennlig hilsen

Rikke Gulbrandsøy

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Sendes til:

Rikke Gulbrandsøy

Meiselen 14

3030 Drammen

E-mail: rikke.gulb@gmail.com

Tlf: 992 74 648

Veileder:

Gertrud Sofie Hafstad

Nasjonalt kunnskapssenter

om vold og traumatisk stress, NKVTS

E-mail: g.s.hafstad@nkvts.unirand.no

## Vedlegg 3

### Informasjon til ledere

#### Bakgrunn

Jeg heter Rikke Gulbrandsøy og er sykepleier og masterstudent ved Universitetet i Oslo. Jeg ønsker å intervju noen ansatte ved din enhet til min masteroppgave. Masteroppgaven er ledd i studieretningen Erfaringsbasert master i vold og traumatisk stress. Veilederne mine er Gertrud Sofie Hafstad og Lars Weisæth. Temaet for oppgaven er «Sykepleiere som opplever vold og trusler om vold på arbeidsplassen – Hvilke faktorer har betydning for deres opplevelse av mestring?». Hensikten med intervjuene er å få innblikk i sykepleiernes egne beskrivelser av hva de opplevde som avgjørende for deres praktiske og følelsesmessige håndtering av en hendelse der de ble utsatt for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen.

#### Praktisk gjennomføring

Jeg vil selv foreta alle intervjuene. Det er ikke forventet at arbeidsgiver stiller med egnet lokale/samtalerom eller tilrettelegger for at intervjuer gjennomføres i arbeidstiden.

#### Oppfølging

Intervjuene omhandler hendelser på nåværende eller tidligere arbeidsplass. Intervjuene er ikke av terapeutisk karakter, men samtale om vanskelige hendelser vil kunne vekke følelser eller reaktivere reaksjoner fra hendelsen. Jeg ber derfor om at jeg kan gjøres kjent med kontaktperson for kollegastøtteordning/bedriftshelsetjenesten, slik at jeg kan hjelpe deltakeren med å videreformidle kontakt om ønskelig.

Med vennlig hilsen

Rikke Gulbrandsøy

Adresse: Meiselen 14, 3030 Drammen

Tlf: 992 74 648

E-mail: rikke.gulb@gmail.com

## Vedlegg 4

### Intervjuguide

#### Brief

Tusen takk for at du har sagt ja til å delta på dette intervjuet.

Jeg heter Rikke Gulbrandsøy og er sykepleier ved Nevrologisk avdeling på Drammen sykehus samt masterstudent ved Erfaringsbaseret Master i Vold og Traumatisk Stress ved Universitetet i Oslo.

Du er her i dag fordi du har sagt ja til å bli intervjuet angående en hendelse på jobb der du ble utsatt for vold eller trusler om vold. Som du har lest i informasjonsskrivet, ønsker jeg å få innblikk i hva du opplever som avgjørende for hvordan du håndterte hendelsen og for hvordan den preger deg i etterkant. Jeg ønsker å høre din personlige opplevelse av situasjonen og omstendighetene rundt. Deretter vil jeg stille noen utdypende spørsmål. Du har anledning til å unnlate å svare på spørsmål eller avbryte intervjuet dersom du ikke ønsker å fortsette.

Som opplyst i informasjonsskrivet, vil jeg benytte opptaker. Dette er for at jeg skal kunne fokusere mer på samtalen enn på hva jeg skriver. Det kan også hende at jeg noterer litt dersom det er noe jeg ønsker å følge opp seinere i intervjuet. Opptakene blir transkribert og slettet etter at oppgaven er publisert. Jeg skruer på opptakeren nå.

#### Innledende spørsmål

Jeg ønsker at du begynner med å fortelle meg om en hendelse der du ble utsatt for vold eller trusler om vold på arbeidsplassen. Dersom du har blitt utsatt for flere hendelser, ber jeg deg velge en hendelse du mener er typisk eller som du opplever som spesielt viktig. Du kan gjerne begynne med å fortelle om omstendighetene rundt den aktuelle hendelsen.

- Hva tenker du det kom av at det gikk som det gikk?
- Hva tenker du var avgjørende for din håndtering av denne situasjonen?
- Tenker du at du kunne gjort noe annerledes?

#### Utdypende spørsmål

Jeg vil nå komme inn på noen faktorer som du kan ha berørt allerede, men som jeg ønsker å høre litt mer om. Først vil jeg stille deg noen spørsmål knyttet til tiden før og etter hendelsen?

- I hvilken grad opplever du at erfaring og opplæring i forkant av hendelsen har påvirket din opplevelse av situasjonen?
  - Har du vært utsatt for vold eller trusler om vold tidligere?
  - Har du fått opplæring spesielt knyttet til håndtering av truende personer?
- I hvilken grad opplever du at oppfølgingen i etterkant har vært av betydning for din opplevelse av situasjonen?
  - Er du kjent med at dere har organiserte rutiner etter oppfølging ved slike hendelser?

Som sammensatte mennesker kan hendelser på jobb påvirke oss som privatpersoner og vårt privatliv kan påvirke oss når vi er på jobb.

- I hvilken grad opplever du at dine relasjoner til leder og kolleger og relasjoner hjemme har hatt betydning for din opplevelse av situasjonen?
- I hvilken grad opplever du at dine relasjoner hjemme har hatt betydning for din opplevelse av situasjonen?
- I hvilken grad opplever du at relasjonen til personen som utsatte deg for vold og/eller truet deg hadde betydning for din opplevelse av situasjonen.
  - I hvilken grad var du forberedt på at personen kunne være truende/voldelig?
- I hvilken grad opplever du at hendelsen påvirker jobben din og dine relasjoner i ettertid?

Er det andre faktorer du opplever at har hatt betydning for din håndtering av hendelsen og tiden etterpå? Eksempler på faktorer kan være fysiske forhold på arbeidsplassen, mulighet for å få varslet, juridiske eller administrative etterspill etter hendelsen m.m.

Til slutt vil jeg stille den noen konkrete spørsmål om din alder og erfaring:

- Hvor gammel er du?
- Hvor mange år har du jobbet som sykepleier?
- Hvor mange år ved den aktuelle arbeidsplassen?
- Har du annen arbeidserfaring?
- Er det lenge siden hendelsen?

## Debrief

Da har jeg ikke flere spørsmål til deg. Er det noe du ønsker å tilføye? Da slår jeg av opptakeren. Dersom det er noe du mener er av betydning i etterkant, har du anledning til å ta kontakt med meg. Jeg vil da inkludere det i intervjuet med en anmerkning. Du har også mulighet til å ta kontakt dersom det er noe du lurar på.

Dersom det er ting vi har pratet om i dag som du synes er vanskelig i ettertid og som du ønsker å prate om, anbefaler jeg deg å ta kontakt med Bedriftshelsetjenesten eller din lokale veileder/kollegastøtteordning. Jeg kan være behjelpelig med å videreformidle denne kontakten om ønskelig.

Hvordan synes du det var å være med på dette intervjuet?

Er det videre noe du ønsker å ta opp?

Da synes jeg vi avslutter intervjuet. Tusen takk igjen for at du tok deg tid til å bidra. Det setter jeg stor pris på.